

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstetrícia

PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS:  
PRÁTICAS PARA A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO COTO  
UMBILICAL DO RECÉM-NASCIDO – UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA DA LITERATURA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Graziela Maria da Conceição Almeida Mendes



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Processo de Aquisição de Competências:  
Práticas para a Prevenção da Infecção do Coto Umbilical  
do Recém-Nascido - uma Revisão Integrativa da  
Literatura

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientação:  
Professora Doutora Marinha Carneiro

Graziela Maria da Conceição Almeida Mendes  
Porto | 2013







## **AGRADECIMENTOS**

No culminar deste projeto de vida, deixo um agradecimento especial a todos aqueles que contribuíram para a sua realização:

À minha orientadora, Professora Doutora Marinha Carneiro, pela sua disponibilidade, pelos seus ensinamentos e sobretudo, pelo incentivo de atingir um nível mais elevado através da exigência e crítica construtiva;

Aos enfermeiros tutores, pelo acompanhamento, orientação e apoio demonstrados;

Aos meus companheiros de curso, pela sua motivação e companheirismo;

Aos meus colegas de trabalho, pela sua infinita disponibilidade e apoio, sem os quais esta tarefa teria sido mais árdua;

Aos meus amigos, por me ouvirem e apoiarem, sobretudo nos momentos de desalento;

E de um modo muito... muito ...muito... especial:

Ao meu marido Rui, pela paciência de ver nas linhas que eu redigi, o caminho percorrido;

À minha filha Lara e ao meu filho André, luzes da minha vida que me iluminaram em todo este caminho;

...pelo muito tempo que dividi com eles para a concretização deste meu projeto profissional.

E finalmente aos meus pais, a quem tudo devo!

**A TODOS VÓS O MEU MUITO OBRIGADO!**





## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

APPT - Ameaça de parto pré-termo

CTG - Cardiotocografia

DPP -Data provável do parto

DUM - Data da última menstruação

EESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EGB - Estreptococos do grupo B

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

CHSJ – Centro Hospitalar S. João

IG - Idade gestacional

OMS - Organização Mundial de Saúde

OE - Ordem dos enfermeiros

PPT - Parto pré-termo

RCIU- Restrição de crescimento intra-uterino

RN - Recém-nascido

RN's - Recém-nascidos

RPM - Rotura prematura de membranas

WHO - World Health Organization



## RESUMO

O relatório final do estágio de natureza profissional com os seguintes módulos: Gravidez com complicações, Trabalho de parto e parto, e Autocuidado pós-parto e parentalidade; surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). A sua finalidade consiste em sintetizar o processo formativo desenvolvido ao longo do estágio. Este percurso formativo foi alicerçado na aquisição e desenvolvimento de um conjunto diferenciado de competências profissionais, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Tratando-se de um estágio de cariz profissional, com um campo de ação prática muito abrangente - a assistência à mulher que vivencia processos de gravidez (incluindo com complicações), trabalho de parto e parto, e autocuidado pós-parto e parentalidade – foi determinante delinear estratégias e intervenções para a execução de um exercício crítico-reflexivo pessoal e permanente, com recurso à evidência científica.

Assim, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) é confrontado diariamente, com a necessidade de prestar cuidados ao coto umbilical do recém-nascido (RN). A constatação da inexistência de uniformização nos cuidados a prestar, ao coto umbilical, e a permanência de dúvidas sobre qual é o melhor tratamento para esse efeito, tornou pertinente a realização de uma revisão integrativa da literatura, com o intuito de responder à questão de investigação: Que cuidados devem ser realizados ao coto umbilical do RN para prevenir a infeção? O objetivo desta revisão integrativa da literatura consiste em sintetizar o conhecimento científico; contribuir para a aplicabilidade dos recentes e significativos estudos na prática de enfermagem e facultar aos cuidadores profissionais, uma forma de validar a sua prática.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, Gravidez, Trabalho de Parto, Pós-parto, Cuidados ao cordão/coto umbilical.

## ABSTRACT

This report documents the professional internship with the following modules: Pregnancy with complications, parturition labor and delivery, and postpartum self-care and parenting. It was written in the context of a Master's Degree in Nursing Maternal Health and Obstetrics, at the Nursing School of Oporto. The report aims to synthesize the training process developed during the internship. All this training process was based in the acquisition and development of a differentiated set of professional skills, in the field of Nursing Maternal Health and Obstetrics, as approved by the Portuguese Nursing Council (*Ordem dos Enfermeiros*). Being a professional internship with a wide range of application - to assist women who experience pregnancy processes (including complications), parturition labor and delivery, and postpartum self-care and parenting – it was crucial to delineate strategies and interventions to perform a permanent critical-reflexive exercise, always based in scientific evidence.

Thus, the nurse specialized in Nursing Maternal Health and Obstetrics is confronted, on a daily basis, with the need to provide care to the umbilical stump of the newborn. The finding that there was a lack of uniformity in the umbilical stump care and the prevalence of doubts about which of those cares was the best treatment, justified the execution of an integrative literature review, in order to answer to the following research question: Which healthcare should be made to the umbilical stump of newborns to prevent infections? The purpose of this integrative literature review is to synthesize scientific knowledge concerning the umbilical stump care, to contribute to the applicability of recent and significant studies in nursing practice, and to provide to professional caregivers a way to validate their current practices.

Keywords: Nurse Specialized in Nursing Maternal Health and Obstetrics, Pregnancy, Parturition Labor, Postpartum, Umbilical Cord/Stump Care

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. APRESENTAÇÃO DO PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. DESCRIÇÕES DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO.....</b>	<b>17</b>
2.1. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO.....	18
2.1.1. <i>Gravidez</i> .....	18
2.1.2. <i>Trabalho de parto</i> .....	31
2.1.3. <i>Pós-parto</i> .....	58
<b>3. CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL DO RECÉM-NASCIDO NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....</b>	<b>79</b>
3.1. INTRODUÇÃO AO PROBLEMA .....	79
3.2. MÉTODO.....	80
3.3. RESULTADOS .....	82
3.4. DISCUSSÃO.....	95
3.5. CONCLUSÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA .....	101
<b>4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE .....</b>	<b>105</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>111</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>113</b>
ANEXO I - REGULAMENTOS DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS.....	129
ANEXO II - PARTOS REALIZADOS E PARTICIPADOS NO ESTÁGIO.....	131



## ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1 – Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa..... 85

Figura 1 - Número de partos realizados e participados ..... 107





## INTRODUÇÃO

É objetivo deste estágio promover a formação de profissionais especialistas no domínio da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, através do desenvolvimento de competências, de forma a recontextualizar e mobilizar saberes, com base na prática baseada em evidências, e no pensamento crítico. Com isso, favorece-se uma tomada de decisão mais informada e segura, relativamente aos cuidados a prestar à mulher grávida com patologia associada; à parturiente durante o trabalho de parto e parto; e à puérpera no processo de autocuidado e de transição/adaptação à parentalidade. O estágio estabelece, efetivamente, um momento singular e essencial no percurso formativo, no âmbito do projeto de aquisição e desenvolvimento de um conjunto de competências técnico-científicas, clínicas e relacionais, nas suas várias áreas de intervenção, necessárias à implementação de cuidados especializados, na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal, trabalho de parto e parto e pós-natal.

Lopes [et al.] (1999, p. 27) referem que *“se o relatório surge como uma parte do passado para o presente, lança para o futuro um plano para ultrapassar estas dificuldades”*, sendo que o que se pede no relatório é que *“cada pessoa possa realizar uma auto-crítica e auto-apreciação, que faça uma análise do trabalho realizado, que estabeleça uma comparação entre os resultados desejados e os resultados atingidos e procure as razões dos desvios entre eles”*. Nesta linha de pensamento, o relatório de estágio, além de constituir um imperativo de avaliação, pretende efetuar uma análise crítica das atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas, durante o processo de aprendizagem. Além disso, também deve servir para refletir sobre o papel do EESMO, no contexto profissional da gravidez, do trabalho de parto e parto e do pós-parto, permitindo ainda a emergência do pensamento reflexivo e autocrítico, relativo ao percurso pessoal e profissional, na perspetiva do seu autor.

Passando agora a abordar a segunda parte do relatório – a realização de uma revisão integrativa da literatura sobre uma temática de interesse para o curso e essencialmente para a prática profissional da autora. Daí que foi com naturalidade que se decidiu investigar os cuidados ao coto umbilical do RN, pois a candidata constatou a existência de um desfasamento entre as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e as práticas dos enfermeiros. Estas práticas caracterizam-se pela inexistência de uniformização nos cuidados a prestar ao coto umbilical, e pela permanência de dúvidas sobre qual é o melhor tratamento para o coto umbilical. Sendo a OMS uma entidade tão credível, esse comportamento parecia estranho, e ao mesmo tempo despertou na estagiária, a curiosidade de investigar este tema em maior profundidade. Que outras técnicas existem para cuidar do coto umbilical? Quais as suas vantagens e desvantagens? Desde quando se utilizam? Por esta razão, considerou-se pertinente aprofundar esta temática para perceber que cuidados são prestados ao coto umbilical, sob o eixo estruturante da revisão integrativa da literatura. Estruturalmente, este relatório encontra-se dividido por quatro capítulos. Para além da introdução, seguir-se-á um primeiro capítulo que diz respeito ao projeto de estágio profissionalizante com descrição dos objetivos e do percurso de estágio; o segundo capítulo descreve as atividades desenvolvidas no estágio, com ênfase para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EESMO; e o terceiro capítulo apresenta a revisão integrativa da literatura sobre a temática “Cuidados ao coto umbilical do RN”; o quarto capítulo apresenta a análise crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio. Por fim, as considerações finais fazem uma apreciação global deste percurso formativo.

Como suporte ao desenvolvimento do estágio profissionalizante e do relatório, a autora teve subjacente a literatura científica, que se encontra sustentada por uma pesquisa realizada nas bases de dados MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Database of Systematic Reviews, National Institute of Health and clinical Excellence (NICE) e a Academic Search Complete, através da plataforma EBSCO host.

## **1. APRESENTAÇÃO DO PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO**

Este estágio profissional decorreu no Centro Hospitalar de S. João (CHSJ) no Porto, entre os dias 5 de dezembro de 2011 e 31 de julho de 2012, apesar de ter sido dividido em três períodos distintos. O primeiro período, relativo ao Estágio de Gravidez com Complicações, com um total de 100 horas, decorreu no Serviço de Medicina Materno-Fetal, o segundo período, relativo ao Estágio de Trabalho de Parto e Parto, com um total 500 horas, decorreu no Bloco de Partos, e o terceiro período, relativo ao Estágio de Autocuidado Pós-parto e Parentalidade, com um total 300 horas, decorreu no Serviço de Puerpério.

Este estágio visava a integração da estagiária no exercício profissional do EESMO, numa abordagem essencialmente voltada para o trabalho em serviço de internamento hospitalar, e dirigido às respostas humanas da mulher no âmbito da saúde materna e obstetrícia. Nestes serviços, a equipa de enfermagem era constituída por enfermeiros especialistas em saúde materna, à exceção do serviço de puerpério em que a equipa de enfermagem também integrava enfermeiros generalistas. A equipa está distribuída diariamente por três turnos rotativos. Os enfermeiros trabalham por método individual, sendo cada um responsável pelos utentes que lhe são atribuídos, em escala própria.

Segundo a OE (Regulamento n.º 127/2011), e de acordo com a Diretiva Comunitária transposta para o direito interno, Artigo 37.º do Decreto-lei n.º 16/2009 de 4 de Março, a obtenção do título de EESMO, pressupõe a verificação de aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna obstetrícia e ginecológica. No ensino prático e clínico, o estudante deve realizar 40 partos, no mínimo, salvo se o número de parturientes for reduzido (nestas circunstâncias, este número pode ser reduzido para 30, na condição de o estudante participar ativamente, para além destes 30, em mais 20 partos).

Além deste objetivo, o plano de estudos do curso de mestrado também estipula outros objetivos (que se apresentam de seguida), e que serviram de linha

orientadora para a aquisição das competências específicas, preconizadas pela OE (2010b), nas áreas de intervenção do EESMO:

- Adquirir competências que permitam intervir no domínio dos Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto e puerpério.
- Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família, na saúde reprodutora, gravidez, processo de maternidade e exercício da parentalidade, em contexto hospitalar.
- Integrar conhecimentos teóricos de investigação em enfermagem, problematizando uma temática de interesse para a prática do EESMO, a partir das evidências científicas mais recentes.

Cada período de estágio teve o seu início com a receção pela enfermeira orientadora, seguida de uma «visita guiada» ao local de estágio, para que se estabelecesse o primeiro contacto com as enfermeiras tutoras no serviço e chefes dos serviços. Com esta primeira reunião pretendia-se dar a conhecer os objetivos do estágio, e as estratégias inerentes ao planeamento das atividades a desenvolver. Ainda durante esta visita ficou acordado que a primeira semana ficaria reservada para conhecer a orgânica física e funcional dos serviços, e integrar a dinâmica dos serviços e da equipa multidisciplinar. De forma a dar resposta a este objetivo foi determinante a observação da dinâmica dos serviços, quer nos seus aspetos organizacional, funcional e estrutural, quer no contacto com o material/equipamento necessário para a prestação de cuidados especializados, também eles imprescindíveis a uma intervenção de enfermagem eficaz. As entrevistas informais com as enfermeiras tutoras e restante equipa, revelarem-se essenciais para a integração e aprendizagem neste percurso formativo. Assim, no intuito de promover e viabilizar o processo de integração, a estagiária consultou as normas e protocolos instituídos nos serviços, considerando-os essenciais para que a equipa de enfermagem preste a sua assistência, com base numa uniformização de cuidados. Neste sentido, a estagiária procurou integrar a equipa multidisciplinar demonstrando um espírito colaborativo e de interajuda, comunicando de forma clara e assertiva, respeitando o campo de intervenção de todos os seus elementos, procurando o esclarecimento de todas as dúvidas, e atendendo a sugestões de orientação pedagógica.

Neste percurso progressivo de autonomia para a aquisição de competências, foram delineadas estratégias para que, desde o início, a prática da

estagiária pudesse ser suportada pelo recurso à tomada de decisão pensada e refletida.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), a excelência do exercício profissional do enfermeiro requer a aquisição de um conjunto de competências, o qual carece de uma reflexão e análise contínua da sua ação, quer seja em termos individuais, quer seja na esfera coletiva do seu exercício profissional. A incongruência por vezes existente entre o binómio prática/evidência científica reforça a necessidade dessa análise e reflexão sistemática e permanente, condição exigível para que a prática se transforme em competência.

Conforme disposto no n.º 3 do artigo 7.º do Estatuto da OE (2009) é reconhecido ao enfermeiro especialista “(...) *competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem*”. Nesta linha de pensamento pode-se afirmar que é com base na aquisição de novas competências, e no aperfeiçoamento de outras, que o enfermeiro generalista desenvolve competências que lhe permitem progredir para enfermeiro especialista. Essas competências devem ser alicerçadas num sólido conhecimento teórico, e na proficiente utilização desse conhecimento, ao qual está inerente um processo reflexivo que tem no seu cerne a utilização do pensamento crítico. Facione [et al.] (1994) cit. por Lima e Cassiani (2000, p. 27) defendem que “*pensamento crítico é o julgamento intencional, autorregulador que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência (...)*”, devendo deste modo constituir o enfoque da prática de enfermagem, seja qual for a área de intervenção. Este pensamento crítico é deliberado, cuidadoso, visa emitir juízos baseados em evidências científicas e não em conjecturas, fundamenta-se em princípios científicos e procura constantemente reavaliar-se, autocorrigir-se e esforçar-se por melhorar. No entanto, requer conhecimentos, habilidades e experiência. Assim, no decurso de todo o estágio, bem como durante todo o seu percurso profissional, a estagiária procurou manter uma atitude autocrítica e reflexiva permanente, e desenvolver o pensamento crítico, visando a melhoria do desempenho e a busca da excelência do exercício. A construção do presente relatório constitui também o retrato desse ato reflexivo.

Ao longo do estágio, entre a multiplicidade de atividades inerentes aos cuidados especializados observados e realizados, foram surgindo algumas dúvidas relacionadas com o tratamento do coto umbilical, por parte do EESMO. Essas dúvidas foram potenciadas pela constatação da inexistência de uniformização nos cuidados a prestar ao coto umbilical, e onde permanecem dúvidas sobre qual é o melhor tratamento para esse efeito. Desta constatação emergiu a decisão de

problematizar as práticas com a finalidade de dar oportunidade ao EESMO, de optar por uma conduta fundamentada em evidência científica, sobre qual é a melhor forma de tratar o coto (na perspectiva de evitar infecções e complicações ao RN).

Para dar resposta a esta questão foi realizada uma prática baseada em evidências científicas, onde se elegeu a seguinte pergunta de investigação: Que cuidados a prestar ao coto umbilical do RN no durante o processo de mumificação?

No próximo capítulo serão descritas as atividades planeadas e desenvolvidas durante o estágio, constituintes do projeto individual, que visam a aquisição de competências específicas do EESMO.

## **2. DESCRIÇÕES DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO**

A OE (2010) entende como competências específicas, as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EESMO, da OE (2010b) (ver Anexo I), o EESMO assume no seu exercício intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. Nas intervenções autónomas o EESMO assume a inteira responsabilidade pela sua prescrição e implementação, no sentido de evitar e detetar precocemente problemas reais e potenciais à mulher/família/criança. O exercício profissional do EESMO necessita de análise, pesquisa e reflexão permanente para que a prática se converta em competência.

Fleury e Fleury (2001) definem competência como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades.

Perante a importância do exposto é entendível a necessidade da permanente reflexão sobre a ação feita pela estagiária ao longo deste seu processo formativo. Este foi um instrumento de aprendizagem crucial para a estagiária, pois possibilitou-lhe analisar a sua atuação presente, no sentido de perspetivar e modificar a sua intervenção futura. Daí que este processo formativo, com o objetivo explícito de aquisição e desenvolvimento de competências definidas e aprovadas pela OE, tenha sido fundamentado em pesquisas bibliográficas, e evidências

científicas indispensáveis para a formação de um pensamento crítico, permitindo a implementação de boas práticas.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EESMO da OE (2010b), o EESMO assume a responsabilidade pelo exercício em várias áreas de intervenção, entre as quais a assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença durante o período pré-natal; durante o trabalho de parto e parto (efetuando o mesmo em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina); e no período pós-parto (no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade).

## **2.1. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO**

A unidade curricular estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-parto visou a aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, de forma a recontextualizar e mobilizar saberes com base na prática baseada na evidência e no pensamento crítico para a tomada de decisão.

De modo a materializar e a comprovar as competências do EESMO adquiridas no estágio, serão descritas neste relatório as experiências e as atividades desenvolvidas. Apesar da presença nos locais de estágio não se ter desenvolvido pela ordem natural dos acontecimentos (pois o primeiro período de estágio visou o trabalho de parto e parto, o segundo período o pós-parto, e o terceiro a gravidez), optou-se por organizar este documento por essa ordem cronológica natural, ou seja, será realizada de uma forma sequencial, desde a entrada da grávida no serviço de medicina materno-fetal, passando pelo bloco de partos e terminando no internamento no serviço de puerpério.

### ***2.1.1. Gravidez***

A realização do estágio no Serviço de Medicina Materno-Fetal do CHSJ constituiu, para a estagiária, uma oportunidade de desenvolver e adquirir um conjunto de competências técnico-científicas e relacionais, no âmbito de cuidados especializados à mulher grávida com complicações associadas à gravidez.

A gestação é um fenómeno fisiológico e não patológico, e por isso mesmo, a sua evolução dá-se na maior parte dos casos sem intercorrências. Durante o



período de gestação observam-se, no organismo da mulher, profundas alterações anatómicas e fisiológicas (Graça, 2010; Lowdermilk e Perry, 2008). Para Graça (2010), algumas destas alterações aparecem mesmo antes das necessidades fetais o justificarem, como é o caso do aumento do volume mamário. Outras vão-se estabelecendo à medida que o desenvolvimento fetal o justifica, como por exemplo, as alterações do metabolismo dos hidratos de carbono. Outras ainda surgem sem aparente relação com as exigências vitais da mãe ou do feto, como é o caso do aumento da ventilação pulmonar, causador das queixas de dispneia em repouso, muito vulgares nas grávidas. Estas modificações ocorrem ao nível do aparelho genital, do sistema cardiovascular, sanguíneo, urinário, digestivo, músculo-esquelético, respiratório, endócrino e da pele. Aliados a este tipo de modificações surgem certos sintomas que se podem transformar em desconfortos para a grávida.

No entanto, existem mulheres para quem a gravidez constitui um risco significativo, quer devido à sua sobreposição a uma situação patológica preexistente, quer devido a problemas obstétricos relacionados com a gravidez, que surgem durante a gestação. Estas gestações constituem o grupo chamado de "gravidezes de alto risco". Nestas, as complicações da gestação poderão ter consequências graves, pois alteram, ou a evolução da gravidez, ou são incompatíveis com essa evolução, podendo nalguns casos colocar em perigo a vida da mulher grávida e/ou do feto/RN. Daí que se torna necessária uma vigilância pré-natal especializada, capaz de assegurar o reconhecimento e o tratamento precoce das condições anormais, com o objetivo de melhorar o prognóstico materno e perinatal (Lima e Moura, 2005). O Serviço de Medicina Materno-Fetal do CHSJ é considerado de referência (centro de excelência) na assistência pré-natal especializada da gravidez de alto risco. Este serviço dispõe das mais avançadas tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento, bem como recursos humanos altamente especializados para o atendimento adequado às emergências obstétricas, aumentando a hipótese de ter uma gravidez e um parto com sucesso.

O atendimento à grávida de risco exige uma vigilância cuidadosa e multidisciplinar, podendo incluir: obstetra, enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, cardiologista, endocrinologista, médico de medicina interna, neonatologista, nutricionista, e psicólogo. O EESMO é coadjuvante nesta vigilância e desempenha uma função importante. Neste contexto, ele(a) faz a vigilância pré-natal, e coloca o seu conhecimento científico ao serviço da deteção precoce de alguma complicação, de modo a aplicar, com rapidez, a ação terapêutica mais oportuna e eficaz. Além disso, e devido à dimensão biopsicossocial da mulher internada, o EESMO não se pode limitar a resolver situações clínicas; também tem um contributo muito importante na promoção da adaptação da gestante de alto

risco. Desde os simples conselhos para aliviar alterações fisiológicas (ex.: obstipação), até ao conforto psicológico que pode prestar à grávida e família, para atenuar as alterações emocionais (p.e., inerentes à *“morte à gravidez idealizada”* (Serra, 2000, p. 16).

A morbidade e a mortalidade perinatal estiveram sempre associadas ao Parto pré-termo (PPT), pós-termo e Restrição de crescimento intra-uterino (RCIU). O conhecimento preciso da Idade gestacional (IG) e da Data provável do parto (DPP) é, por isso, fulcral, na qualidade dos cuidados obstétricos prestados à grávida, ao permitir o rastreio da restrição de crescimento intrauterino e ao evitar a falsa pós-maturidade (Campos, 2008).

Neste estágio, não foi necessário determinar a IG de nenhuma gravidez, pois essa tarefa já tinha sido realizada previamente. No entanto, a estagiária adquiriu essa competência no âmbito de estágios anteriores, nomeadamente no Estágio de Vigilância da Gravidez e Preparação para a Parentalidade. Até há pouco tempo, a data da última menstruação (DUM) era o método mais usado para estimar o tempo de gestação e definir a DPP. Este método foi iniciado na primeira metade do século XIX, pelo obstetra alemão Franz Karl Nägele (1778-1851) e até hoje é chamada “fórmula (ou regra) de Nägele”. A regra de Nägele permite a determinação da DPP com um razoável grau de exatidão. Na maioria das mulheres o parto ocorre num período compreendido entre sete dias antes ou após a DPP. No entanto, é consensual que o cálculo da IG e da DPP, baseado na DUM, não é fidedigno já que vários problemas podem interferir com a validade deste método. Para Graça (2010), o método DUM é pouco fiável, já que 10% a 45% das grávidas não identificam com rigor a DUM, ou esta é desconhecida. Só 30% das mulheres sabe com certeza essa data, mas há ainda que atender, que muitas destas mulheres apresentam irregularidades menstruais ou abandonaram a anticoncepção oral recentemente, pelo que a DPP perde rigor.

Hoje a evidência científica eleva a supremacia da estimativa ecográfica abdominal ou transvaginal, em relação à regra de Nägele, na determinação da DPP. Depois de comparados os dois métodos, são óbvias as vantagens de uma ecografia de rotina, na primeira metade da gravidez, para calcular a IG. A ecografia permite um diagnóstico e monitorização da gravidez mais preciso, o que permite orientar as decisões clínicas para a redução de intervenções desnecessárias e desajustadas ao bem-estar materno-fetal. NICE (2008) afirma que a realização da ecografia por rotina, no primeiro trimestre, permitiu a redução do número de unidades obstétricas a praticarem induções do trabalho de parto para prevenir a pós-maturidade. Afirma que, graças à possibilidade de uma gravidez poder ser corretamente datada, tem-se verificado o rastreio/diagnóstico de RCIU cada vez

mais precisos. No entanto, ainda hoje, o método de cálculo da IG pela DUM, quando conhecida, é um dado de referência a considerar ao longo da gravidez e, nomeadamente Matias [et al.] (2002), para o cálculo do número de semanas de gravidez e determinação da IG.

No internamento de grávidas de risco, os cuidados de enfermagem foram realizados tendo em conta a fisiopatologia das diversas patologias com que a estagiária se deparou, e de acordo com os procedimentos de enfermagem e médicos existentes no serviço. O objetivo era alcançar a uniformidade de atuações e a continuidade de cuidados, com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados na abordagem à gestação de alto risco.

A prestação de cuidados seguros e eficazes às mulheres com gravidezes de alto risco constituíram um desafio. Por isso, desde o primeiro dia, a estagiária procurou aprofundar os conhecimentos teóricos e científicos das patologias obstétricas com as quais se ia deparando. Este empenho mostrou-se de extrema importância para a elaboração dos planos de cuidados para as grávidas em causa, permitindo a resolução de problemas atempadamente, a minimização de erros e omissões perigosas na prestação de cuidados, e a promoção do envolvimento ativo da utente na sua própria saúde. Simultaneamente, a estagiária foi-se capacitando para um maior controlo sobre a sua prática. A participação ativa de uma mulher fortemente motivada no plano de tratamento, e com uma gestão criteriosa da equipa multidisciplinar de saúde, pode fazer a diferença numa gravidez bem ou mal sucedida (Lowdermilk e Perry, 2008).

No Serviço de Medicina Materno-Fetal o motivo de internamento está mais frequentemente associado a doenças hipertensivas (hipertensão crónica, pré-eclampsia), diabetes mellitus (pré-gestacional e gestacional), hemorragia do segundo e terceiro trimestre, RCIU, ameaça de parto pré-termo (APPT), rotura prematura de membranas (RPM), alterações do líquido amniótico (oligoâmnios e hidrâmnios), hiperémese gravídica, suspeita de colestase gravídica, terminação da gravidez através de maturação cervical e ROD (retenção de ovo desvitalizado).

Durante este estágio, a maioria das situações clínicas vigiadas e/ou tratadas, relacionaram-se com grávidas de risco sem patologia associada e sem antecedentes obstétricos, isto é, os problemas médicos e/ou obstétricos surgiram durante o período de gestação. No entanto, para a fundamentação das competências adquiridas ao longo deste estágio, vão ser expostas as três patologias obstétricas mais frequentes no serviço de internamente: pré-eclampsia, APPT e RPM.

A pré-eclâmpsia é uma doença específica da gravidez, de etiologia desconhecida. Apresenta uma fisiopatologia completamente diferente das situações

hipertensivas preexistentes à gestação, e caracteriza-se por ser uma síndrome multissistêmica que conduz à diminuição da perfusão de órgãos vitais, e que é inteiramente reversível com o fim da gestação (Graça, 2010).

Não sendo de diagnóstico fácil, atualmente, a pré-eclampsia é reconhecida pelo aumento significativo da tensão arterial (HTA) e da proteinúria ( $>0,3\text{g/l}$  na urina de 24h), após a vigésima semana de gestação numa mulher previamente normotensa (Campos [et al.], 2008). Segundo os mesmos autores, a pré-eclampsia surge em cerca de 2% a 3% de todas as gravidezes (5% a 7% nas múltiparas), e destas, cerca de 2% desenvolvem eclâmpsia (cuja manifestação se reconhece pelo aparecimento de convulsões).

Apesar da monitorização da proteinúria ser um parâmetro importante para o diagnóstico e tratamento da doença, os resultados de uma meta-análise de 2009 demonstraram que os valores de proteinúria não são, por si só, preditivos do agravamento do estado materno-fetal e, portanto, não deve influenciar a decisão de terminar a gravidez. Atualmente, a IG, as condições materno-fetais, complementadas por análises laboratoriais, são as principais determinantes para o planeamento do parto, em mulheres com pré-eclampsia (Hofmeyr e Belfort, 2009).

Apesar de durante muito tempo, se ter considerado o edema generalizado como um sinal preditivo de diagnóstico da pré-eclampsia, a evidência científica mostrou que cerca de metade das grávidas apresenta edema clinicamente patente, pelo que o seu valor, como indicador de diagnóstico, é pouco significativo. Assim, para que o edema seja considerado patológico, tem que ser matutino, envolvendo a face, a região lombar e os membros superiores e inferiores, e o seu aparecimento deve coincidir com um súbito aumento de peso (cerca de 2 Kg por semana), antes do edema ser manifesto (Graça, 2010). Assim, deve-se privilegiar a monitorização dos valores da HTA (hipertensão arterial), muito mais fiáveis, para determinar a gravidade da doença: pré-eclampsia moderada ou grave (tal como reflete a literatura atual) (Graça, 2010). No caso deste estágio, a grande maioria das grávidas internadas no serviço, tinha um diagnóstico de pré-eclampsia moderada.

Sendo claramente evidente que nenhum protocolo terapêutico consegue alterar ou inverter o curso fisiopatológico da pré-eclampsia, os objetivos essenciais de atuação clínica, na pré-eclampsia moderada, consistem em impedir o agravamento da situação, e em estabelecer o mais aproximadamente possível, o tempo de gestação para garantir a maturidade do feto. Neste âmbito, passam-se a apresentar as intervenções de enfermagem que foram realizadas para tratar os casos de pré-eclampsia:

(i) Vigilância diária da tensão arterial (de 4 em 4 horas), da proteinúria, do peso e da diurese;

- (ii) Monitorização do bem-estar fetal, feito através de Cardiotocografia (CTG), para avaliar os sinais de APPT;
- (iii) Administração de fármacos anti-hipertensores e corticoterapia para maturação pulmonar fetal;
- (iv) Gestão do repouso relativo no leito, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo (relacionado com a perfusão placentária e o edema dos membros inferiores);
- (v) Supervisão da dieta adequada (dieta hipossalina, pobre em gordura e polifracionada);
- (vi) Promoção do autocuidado: relacionado com a higiene e com a adaptação à dieta.

Se não houver evidência de comprometimento materno ou fetal, o parto deve ocorrer entre as 34 e as 37 semanas de gestação. A decisão clínica de terminar o parto depende da presença de fatores de risco, e da disponibilidade dos cuidados intensivos neonatais (Graça, 2010). Se houver progressão para pré-eclampsia grave, o parto poderá ser planeado para terminar mais cedo (Rudra [et al.], 2011).

Passando agora à patologia da APPT, começa-se por referir que ela deriva da contratilidade uterina frequente e regular, antes das 37 semanas de gestação, com formação do segmento inferior uterino, mas sem repercussão cervical. O trabalho de parto pré-termo implica sintomatologia idêntica mas com dilatação e extinção cervical (Campos [et al.], 2008). Como o PPT é irreversível, os cuidados a esta patologia limitam-se a tentar controlar a APPT. Por outras palavras, quando se deteta a APPT, o objetivo dos profissionais de saúde passa a ser o prolongamento da gravidez, pelo menos até a aceleração maturativa pulmonar do feto estar completa, garantindo as melhores condições neonatais. Dependendo da IG, as ações terapêuticas incluíam a tocolise, a corticoterapia, a neuroproteção fetal e a profilaxia antibiótica para estreptococos do grupo B (EGB), assim como o repouso absoluto ou relativo, e a vigilância do bem-estar materno fetal. É importante ter em consideração que existem determinadas situações de risco de PPT em que não está indicado instituir qualquer tipo de terapêutica que vise evitar o nascimento, como é o caso da corioamnionite, do descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, ou das hemorragias profusas do 3º trimestre. Nestes casos, a tentativa de atrasar o parto pode ser a pior opção para a mãe e para o feto (Graça, 2010).

Para além de administrar a medicação prescrita para a APPT, a estagiária executou as seguintes intervenções de enfermagem, em cooperação com outros profissionais de saúde, no tratamento da mulher com esta patologia:

- (i) Avaliar os sinais vitais;
- (ii) Assistir a grávida no posicionamento para promover a perfusão placentária e reduzir a pressão sobre o colo uterino;
- (iii) Assistir no autocuidado às grávidas com indicação de repouso;
- (iv) Avaliar a tonicidade uterina através da palpação sempre que necessário;
- (v) Comunicar as queixas da utente à restante equipa (algias lombares ou pélvicas, peso pélvico, algias abdominais, alteração do fluxo vaginal, RPM e contrações uterinas);
- (vi) Avaliação tocológica (queixas álgicas sugestivas de contrações uterinas e em ausência de dinâmica uterina no CTG);
- (vii) Vigiar o possível aparecimento de efeitos secundários mais frequentes do tocolítico utilizado (náuseas e vômitos, cefaleias, tonturas, afrontamento, taquicardia, hipotensão, hiperglicemia, entre outros muito raros).

Finalmente passa-se a descrever a RPM, que se define como a rotura das membranas corioamnióticas com perda de líquido amniótico, mais de uma hora antes do início do trabalho de parto. É um evento que ocorre em 3% das gestações de termo, sendo responsável por cerca de 30% dos partos pré-termo (Campos [et al.], 2008).

O diagnóstico de RPM é essencial para a instituição de uma conduta obstétrica adequada. A definição da terapêutica ideal depende da IG, no momento em que se dá a RPM, e do eventual risco materno/fetal. Ao longo do estágio foram prestados cuidados a mulheres com diagnóstico de RPM em gestações superiores a 35 semanas, pelo que as atitudes terapêuticas descritas neste trabalho, refletem esta IG. Segundo os protocolos do Serviço de Medicina Materno-Fetal e (Campos [et al.], 2008), se a RPM ocorrer após as 35 semanas de gestação, o parto é induzido 12 horas após a rotura. Além disso, também se inicia antibioterapia profilática nas duas situações seguintes: desconhecimento sobre a colonização por EGB; ou rotura de membranas há mais de 12 horas. Esta medida terapêutica é extremamente importante para prevenir a transmissão vertical do EGB, durante parto, uma vez que esta bactéria pode originar sépsis, pneumonia ou meningite no RN, na primeira semana de vida.

A estagiária executou as seguintes intervenções de enfermagem, em cooperação com outros profissionais de saúde, no tratamento da mulher com esta patologia e/ou complicação:

- (i) Assistir no posicionamento (de preferência em decúbito lateral esquerdo) e orientar a grávida para a importância do repouso no leito;
- (ii) Avaliar os sinais vitais maternos (tendo em conta que a rotura está associada a um risco acrescido de infeção, fez-se uma vigilância dos parâmetros clínicos maternos (taquicardia, hipertermia));
- (iii) Monitorizar o bem-estar fetal (taquicardia fetal) e a contratilidade uterina (através CTG para evitar toques vaginais desnecessários);
- (iv) Avaliar as perdas de líquido amniótico (cor, odor e volume da perda), para excluir a presença de coriomnionite;
- (v) Promover o autocuidado da grávida (orientando-a para a importância de uma higiene perineal rigorosa, bem como para a troca de pensos absorventes perineais sempre que necessário).

O EESMO, no Serviço de Medicina Materno-Fetal do CHSJ, avalia o bem-estar materno-fetal da grávida, após a grávida dar entrada no serviço. De acordo com a patologia da grávida e a sua situação clínica, os protocolos do serviço orientam para a vigilância materno-fetal, que se traduz numa vigilância fetal feita através da CTG. Na maioria das patologias, esta vigilância é feita de forma intermitente, com uma frequência variável ao longo do dia, de acordo com a prescrição médica. No caso de estarmos perante uma IG entre as 10-12 semanas de gestação, recorre-se à auscultação dos ruídos cardíacos fetais, audíveis, através do Doppler. Os principais parâmetros observados a partir da auscultação fetal intermitente são: a frequência cardíaca fetal basal, as acelerações espontâneas ou relacionadas a movimentos e contrações uterinas, e as desacelerações precoces, tardias e variáveis, tendo sempre em vista a redução de riscos para a mulher e para o feto. Como tal e neste estágio, sempre que foram diagnosticados e monitorizados desvios à gravidez fisiológica, os mesmos foram imediatamente referenciados para assegurar a saúde da mulher e do feto.

Além destes procedimentos, a monitorização materno-fetal na gravidez com complicações associadas, inclui outros meios complementares de diagnóstico, cuja prescrição é da responsabilidade da equipa médica. Destaca-se como exemplo, a dimensão do colo uterino e o percentil de crescimento fetal, que são dados relevantes para o diagnóstico de RCIU ou APPT. Estes dados complementares de diagnóstico permitem prestar cuidados de excelência à mulher grávida, através do planeamento e implementação de intervenções adequadas à manutenção e/ou restabelecimento do bem-estar materno-fetal.

Ao longo deste estágio, a estagiária constatou que é essencial que o EESMO possua as competências técnico-científicas desejadas para dar resposta

ao acompanhamento adequado das grávidas de risco, mas também é indispensável que possua uma competência relacional adequada. Assim, em todas as grávidas de risco que a estagiária acompanhou, tentou implementar as seguintes intervenções:

- (i) Acolher a grávida e sua família;
- (ii) Estabelecer uma relação de ajuda e de confiança com a grávida/familiares (proporcionando um clima de confiança facilitador da verbalização de dúvidas e receios, face ao ambiente desconhecido e à situação clínica emergente);
- (iii) Demonstrar disponibilidade e interesse (escutando ativamente).

Do ponto de vista emocional, a gravidez surge sempre como um desafio adaptativo para a grávida e restante família. No entanto, na gestação de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional são maiores, basta atendermos ao próprio rótulo que se lhes dá - "de alto risco" - e portanto diferente das demais gravidezes rotuladas de "normais".

Quando a condição de risco é diagnosticada durante a gestação, a grávida experimenta reações próprias do vivenciamento de luto, pela "*morte da gravidez idealizada*" (Serra, 2000, p. 16). Surgem sentimentos de culpa, raiva, censura, e é frequente dar-se uma rotura do equilíbrio emocional anteriormente adquirido, com frequente deterioração ou perda da autoestima, e surgimento de um sentimento de incompetência; a partir daí, estabelece-se a dificuldade de vinculação. Devem ser levadas em conta ainda neste contexto emocional, as reações da família, em tudo semelhantes às da grávida (ambivalência, culpa, raiva, luto, etc.). No grupo familiar, o parceiro desempenha um papel importante, pelas reações que se podem manifestar através de sentimentos de exclusão, ressentimento, agressividade, culpa, etc. No entanto, quando a mulher tem uma condição clínica preexistente à gestação, a gravidez pode ser encarada como uma nova hipótese de vida, como o triunfo sobre a doença.

A hospitalização é muito comum e necessária no seguimento da gravidez de alto risco, mas também deve ser considerada como outro fator que põe em risco a saúde mental. As condições físicas decorrentes de patologias maternas ou relacionadas com a gravidez interferem no processo gravídico, podendo romper com o sonho de ter o filho livre de intercorrência. Segundo, Serra (2000) a grávida é afastada do seu suporte familiar, e vive em conflito entre a dependência imposta e a perda de autonomia (perda do controle sobre si e sobre a gravidez).

No contexto deste estágio constatou-se que a equipa de saúde trabalha entre dificuldades diagnósticas e terapêuticas e imbuída pelo *stress* profissional, obrigando-se, muitas vezes, à "política de resultados". Dessa forma, esquece-se da



importância de ter conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que rodeia o acompanhamento da gestação de alto risco.

Um outro facto constatado através dos relatos das grávidas internadas é que, a grande maioria desconhecia a sua patologia e os seus riscos. Claramente estamos perante uma falha na comunicação entre o profissional de saúde e a gestante, durante o internamento. Por outras palavras, constatou-se que os profissionais de saúde informaram as gestantes acerca do diagnóstico da sua patologia, e procuraram esclarecê-las sobre os riscos inerentes a essa patologia, mas fizeram-no de uma forma muito técnica e de alguma forma incompreensível para as gestantes.

A estagiária procurou estabelecer mecanismos de interação que desvendassem as verdadeiras necessidades das grávidas e seus significados. Para facilitar a implementação deste mecanismo foi importante assumir uma posição de igualdade, respeito e confiança em relação às suas experiências e aprendizagens adquiridas. A relação estabelecida foi de desenvolvimento emocional e de crescimento mútuo, sempre considerando as necessidades biopsicossociais e culturais da mulher grávida.

Os sentimentos, medo e preocupação foram manifestos. As gestantes que pouco conheciam a patologia, temiam pela vida do seu filho, e não sabiam o que fazer diante dessa situação. Este facto alertou a estagiária para a importância de prover a assistência holística à gestante; fornecer os esclarecimentos necessários para poder acalmá-la sobre a saúde do seu bebé. Esta ação revelou-se muito importante para atenuar a tristeza da gestante, que se deve ao facto de que nenhuma mulher deseja, nem está preparada, para que ao invés de ter uma gestação tranquila, tenha que ficar internada na possibilidade de perder o seu filho.

Quando uma mulher se depara com uma gravidez de alto risco, poderá ter dificuldade de responder positivamente às mudanças do seu organismo. O profissional de saúde, sobretudo o EESMO, no acompanhamento da gestação, deve estar atento a modificações e anormalidades que surjam, e que poderão afetar diretamente o feto, que é sensível aos fatores emocionais. Ao detetar desvios ao padrão de adaptação à gravidez que estão para além da sua área de atuação, o EESMO deve referenciá-los a outros profissionais, para que lhe possam dar o encaminhamento mais adequado à situação clínica em causa. Uma mulher que não tem conhecimentos sobre o seu estado de saúde, não poderá participar ativamente do processo da gestação, o que gera nela uma ansiedade que se prolonga durante toda a gravidez, de forma crescente, até ao termo. Logo, o EESMO deve atuar identificando as ansiedades das gestantes, minimizando os seus sofrimentos, esclarecendo-as sobre a doença, formas de tratamento, e preparando-as para

enfrentar possíveis complicações. A estagiária constatou que mesmo os maiores sentimentos de medo e ansiedade manifestados pelas gestantes de alto risco, podem ser amenizados quando as mesmas são bem informadas sobre o diagnóstico de risco e sobre os motivos que aconselham a um internamento.

A assistência pré-natal não se deve restringir às ações clínico-obstétricas. O seu foco principal de atenção deve consistir em acompanhar e orientar a mulher, desde a concepção até ao parto, assegurando sempre o bem-estar materno e o nascimento de uma criança saudável.

Existem diversos estudos que relacionam os problemas de saúde da mãe e do bebé, com os estilos de vida da mulher grávida. O período da gestação é uma oportunidade de intervenção efetiva para a promoção da saúde, mais especificamente no campo dos comportamentos de saúde, representados pelos hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, hábitos tabágicos, prática regular de atividade física e ganho de peso durante a gravidez.

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), existem quatro fatores relevantes na vida fetal, para o desenvolvimento de doenças crónicas na vida adulta: (i) a restrição do crescimento intrauterino; (ii) o parto prematuro de um feto com crescimento normal para a IG; (iii) a sobrenutrição intrauterina; e (iv) os fatores hereditários. O peso e o tamanho adequado ao nascer não devem ser considerados apenas em termos de morbilidade imediata e mortalidade, mas também na relação com as consequências a longo prazo, como a suscetibilidade às doenças crónicas relacionadas com a alimentação na vida adulta.

O baixo peso ao nascer, o crescimento fetal reduzido, a morte fetal e o aborto espontâneo são consequências bastante reconhecidas do consumo de álcool e do hábito tabágico durante a gravidez (Bolumar [et al.], 1994).

Neste estágio, a compreensão do que a gravidez representava para estas mulheres, foi fundamental para que se desenvolvessem estratégias individualmente ajustadas, para a adoção de estilos de vida saudáveis. Constatou-se que a ligação materno-fetal é determinante para a adoção de estilos de vida saudáveis. As mulheres que assumiram ter um compromisso com o feto veem o período pré-natal como uma oportunidade para assumir o controlo da sua saúde, e a capacidade de influenciar positivamente na saúde do seu bebé. Assim, tornou-se mais fácil a sua adesão às intervenções feitas pela estagiária, com o objetivo de informar e orientar para a aquisição de estilos de vida saudáveis, e para a promoção de uma gravidez saudável.

Em Portugal, a mulher grávida é acompanhada, desde cedo, por profissionais de saúde, com destaque para o enfermeiro que a aconselha e, cada

vez com mais frequência, lhe faculta formação adequada para viver, de forma equilibrada e saudável, este período da sua vida.

O período de gestação é visto como uma oportunidade de intervenção efetiva na promoção da saúde. A gravidez tem sido evidenciada como período de fundamental importância para a saúde da própria mulher, do bebê e do futuro adulto que este virá a ser. Segundo Bandura (2004), a qualidade da saúde é fortemente influenciada pelos estilos de vida. Estes permitem que as pessoas tenham algum controlo sobre a sua saúde. Ao cuidarem dos seus próprios hábitos, as pessoas podem viver mais e mais saudáveis, e podem retardar o processo de envelhecimento. A gravidez oferece a possibilidade para a implementação de intervenções efetivas na área da promoção da saúde, mais especificamente, no campo dos comportamentos de saúde. A compreensão do que a gravidez representa para as mulheres, é de importância fundamental no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde durante este período.

Ainda no contexto deste estágio, foram identificados problemas reais e potenciais da gestante, relacionados com os desconfortos na gravidez. Os mais referidos foram a obstipação e o edema dos maléolos e dos membros inferiores. A estagiária interveio com o objetivo de promover a adaptação à gravidez e o autocuidado, e simultaneamente com a meta de proporcionar, à grávida, a oportunidade de vivenciar esta etapa da sua vida o melhor possível, e com o menor número de complicações no futuro, quer para ela, quer para o bebê. Neste âmbito realizaram-se processos formativos relativamente aos desconfortos acima referidos, recorrendo para tal a indicações facultadas por Graça (2010) e Lowdermilk e Perry (2008).

A obstipação é uma das queixas mais mencionadas pelas mulheres internadas. A obstipação ocorre devido à diminuição da motilidade intestinal e tem três causas principais: (i) a ação relaxante da progesterona sobre o músculo liso; (ii) a pressão do útero aumentado sobre os intestinos; e (iii) a predisposição causada pela ingestão oral de suplementos de ferro. A fisiologia alterada da mulher durante a gravidez leva a uma passagem mais lenta dos alimentos pelo intestino, e a um aumento da absorção de água, tornando as fezes secas, duras e difíceis de expelir. A passagem das fezes de consistência aumentada pode causar fissuras dolorosas e sangrantes.

As mulheres internadas também mencionaram outro desconforto que as afetava frequentemente: os edemas maleolares e dos membros inferiores. Estes são causados pela retenção de água e sódio, como resultado da ação das hormonas esteróides do ovário, da placenta e do supra-renal. Essa retenção faz aumentar a pressão venosa nas pernas, e nas veias varicosas com congestão

venosa. Se a grávida permanecer de pé ou sentada por longos períodos, e tiver falta de exercício, estes sintomas podem-se agravar.

Eis algumas das orientações que se ministraram às grávidas, para promover o autocuidado a este desconforto:

- (i) Dormir com as pernas elevadas e em decúbito lateral esquerdo (facilita o retorno venoso, diminui a retenção hídrica e diminui a estase);
- (ii) Repousar periodicamente as pernas com elevação dos membros inferiores;
- (iii) Evitar roupas que diminuam o retorno venoso (ligas, meias, etc.).

Durante a fase pré-natal e no caso concreto no período de internamento, a grávida e os seus conviventes significativos devem ser orientados sobre os sinais e sintomas de risco mais comuns na gravidez. Devem ser informados sobre as queixas mais frequentes, que apesar de assumirem diferentes gravidades, originam a vinda da gestante ao serviço de urgência obstétrica. Segundo Graça (2010), a grávida deve ser informada especificamente para o aparecimento de determinados sinais de alerta, e sobre o que fazer nessas situações (incluindo os casos em que deve recorrer aos profissionais de saúde o quanto antes). É fundamental que se determine a capacidade da grávida e dos seus conviventes significativos, para identificar situações de risco, nas quais a inexistência de uma resposta médica rápida poderá levar a desfechos fatais. Os sinais de alerta gerais incluem a perda vaginal de sangue ou líquido amniótico, a presença de uma contração uterina em cada dez minutos durante uma hora (podendo ser associada a dor abdominal ou lombar), a existência de febre e diminuição súbita dos movimentos fetais (Graça, 2010). No que diz respeito a cada patologia em específico, deve-se informar a grávida acerca dos sinais de risco indicativos de uma potencial complicação da gravidez, ou de agravamento da patologia. Para Lowdermilk e Perry (2008), há sinais indicativos da presença de complicações gestacionais que requerem a observação e avaliação de um profissional de saúde especializado. Entre eles destacam-se: a urgência urinária, disúria, desconforto suprapúbico (sintomática de infeção urinária), a febre, a perda de líquido amniótico (indicativo de RPM), a presença de contrações uterinas antes das 37 semanas de gestação (indício de APPT), a existência de edema da face e extremidades, cefaleias intensas, alterações visuais, dor epigástrica ou mesmo convulsões (sintomas de pré-eclampsia e eclampsia).

De acordo com o que foi percebido pela estagiária, este não era um serviço vocacionado para a preparação para o parto e parentalidade, nem para a promoção do aleitamento materno. Os objetivos estavam direcionados para a manutenção do bem-estar materno-fetal. No entanto, muitas foram as vezes em que se atendeu ao

referido por Rodrigues [et al.] (2006), que referem ser primordial que o processo de ensino-aprendizagem seja iniciado ainda durante a gestação, para que possa ser fortalecido no pós-parto, durante o período de hospitalização da puérpera. Para tal procurou-se saber se a mulher estava orientada e/ou se tinha sido encaminhada para a preparação para o parto e parentalidade; se tinha conhecimento do plano de parto, e se era do seu interesse amamentar. Estas informações permitiram planejar uma estratégia para motivar as mulheres a procurar instituições que disponibilizavam estes serviços na comunidade. Perante as grávidas, a estagiária destacou a importância de um planeamento antecipado para a aquisição de conhecimentos pela mulher durante a gestação, proporcionando a aquisição de auto-confiança, resposta comportamental adaptativa relevante para a eclosão de um parto com tranquilidade. Esta estratégia de ensino/aprendizagem é muito eficaz, porque permite à mulher ir assimilando, ao longo da gestação, os cuidados que ela deverá realizar ao RN, no pós-parto; proporciona-lhe um intervalo maior de tempo para se preparar durante a gravidez; e no pós-parto, dar continuidade à solidificação de conhecimentos.

### *2.1.2. Trabalho de parto*

A publicação do Guia Prático para a Assistência ao Parto Normal, pela OMS (1996), teve como objetivo examinar os prós e contras de algumas das práticas mais comuns no parto e nascimento, bem como fazer recomendações, fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis, quanto ao seu papel na assistência ao parto normal. A concretização deste objetivo, refletiu-se no capítulo 6, onde a OMS classificou as práticas relacionadas com o parto normal em quatro categorias: A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes; C) Condutas sem evidência suficiente para fomentar uma recomendação e que, deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais não as tornarem evidentes; e D) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada. Assim, apesar da OMS, nas suas informações técnicas sobre a assistência ao parto normal, explicar claramente que muitas das práticas que se aplicam nos partos normais são desnecessárias e algumas, inclusive, podem ser prejudiciais, o EESMO tende a colaborar com um sistema que perpetua essas práticas. É comumente aceite por estes profissionais de saúde, que esse sistema garante uma melhor assistência à parturiente/família/RN. A convicção de que os procedimentos rotinizados e repetitivos reduzem as incertezas e previnem as falhas relacionadas com o parto, têm acarretado diversas desvantagens, tais como: o potencial de tornar um evento

fisiológico normal num procedimento médico, interferir com a liberdade da mulher de experimentar o parto da maneira e no local da sua escolha; levar à utilização de um número de intervenções desnecessárias, e a concentração de um grande número de mulheres em hospitais bem equipados tecnologicamente, com os custos económicos inerentes a esse facto.

O parto ao ser transferido para o hospital converteu-se numa doença, e a parturiente numa doente, que cada vez mais, entrega nas mãos dos profissionais de saúde, o nascimento do seu filho. O ambiente familiar foi assim substituído por um ambiente impessoal e desconhecido, marcado pela angústia, medo e ansiedade, onde a parturiente perde o controlo da sua situação (Pires e Castilho, 2000).

Figueiredo (2000) afirma que o parto tem que passar a ser preconizado como um parto humanizado, sob a orientação do princípio da medicina baseada em evidências. A mulher parturiente tem que ser a verdadeira protagonista de um momento único e irrepetível, que é o parto e o nascimento do seu filho.

Mas para que a mulher se torne a verdadeira protagonista, é necessário que o EESMO a prepare para o momento do parto, e isto ao longo de todo o seu desenvolvimento gravídico e em unidades incumbidas para o efeito. É imperioso que se empodere as mulheres com conhecimentos, capacidades e aptidões. Só quem está na posse do conhecimento científico é que é capaz de exigir a mudança, pois ganha a consciência plena do que é o melhor para si e para o seu filho.

Segundo Couto (2006), a preparação para o parto deve ser um meio privilegiado de transferência de informação sobre gravidez, trabalho de parto e parto de forma a tornar a mulher numa atriz de uma peça que ela conhece perfeitamente. Apesar do suprarreferido, a maioria dos casais acompanhados no contexto deste estágio não tinham frequentado as sessões de preparação para o parto. Além disso, nenhuma das grávidas que frequentou essas sessões se fez acompanhar do seu Plano de Parto, pelo que os seus desejos/opções em relação ao parto eram desconhecidos. A exceção foram as solicitações verbais de algumas puérperas para que o companheiro estivesse presente na sala de partos.

Apesar de toda a evidência científica comprovar os benefícios dos cursos de preparação para o parto, e a legislação portuguesa garantir que a preparação para a maternidade/parentalidade é um direito de todas as grávidas, salvaguardado no Artº 39.º da Lei 99/03 de 27/08 e Artº 72.º da Lei 35/04 de 29/07 da constituição portuguesa, as mulheres deparam-se com várias limitações que impedem a sua participação nestes cursos: dificuldades na organização e gestão do tempo, contratos precários de trabalho, falta de apoio para cuidarem dos outros filhos, e falta de confiança por parte dos casais acerca da sua utilidade.

Verificou-se que as mulheres/casais grávidos que não frequentaram as sessões de preparação para o parto, apresentaram ainda maior dificuldade em fazer opções, “entregando-se” mais facilmente à opinião e às orientações dos profissionais. Assim, optam por assumir uma atitude passiva relativamente à decisão sobre os cuidados a ser realizados no parto e nascimento, passando para o profissional de saúde, a responsabilidade de decisão.

Pode-se concluir que, de facto, as instituições hospitalares/maternidades vão adequando os seus protocolos para englobarem estas recomendações da sociedade científica, e que há uma consciencialização cada vez maior dos profissionais que acompanham a mulher em trabalho de parto, para a necessidade da mudança de postura face a uma nova realidade que se avizinha. Em Portugal, algumas maternidades e hospitais já se renderam à humanização do parto.

Martins (2010) refere que o CHSJ, no Porto, alterou os protocolos clínicos relacionados com o parto, passando a parturiente a poder recusar o soro, a episiotomia e a monitorização cardio-fetal contínua, podendo optar por se alimentar só a líquidos e adotar as posturas que mais lhe agradarem no momento. No hospital também existe um quarto com ambiente acolhedor, sem tecnologia à vista e com uma banheira para banho de imersão. Em 2007, Silva e Oliveira realizaram um estudo randomizado, com o objetivo de identificar a influência do banho de imersão na duração do primeiro período do trabalho de parto, e na frequência e duração das contrações uterinas. Os autores concluíram que o banho de imersão é uma alternativa para o conforto da mulher, durante primeiro período de trabalho de parto, por oferecer alívio à dor associada à contração uterina, relacionada com a dilatação do colo uterino, com a distensão do segmento inferior e com a isquémia uterina (Lowe, 2002, cit. Lowdermilk e Perry, 2008). No entanto, o que se constatou durante o estágio é que nesta instituição hospitalar, continuam a ser privilegiadas práticas que promovem o alívio da dor através de métodos farmacológicos, destacando-se a administração de opióides sistémicos e a utilização da analgesia epidural no alívio da dor no trabalho de parto. Fróis e Figueiredo (2004) realçam que as medidas não farmacológicas de alívio da dor se encontram mais sob a alçada e ação direta da equipa de enfermagem, podendo o seu uso ser isolado ou em concomitância com analgésico de prescrição médica. No entanto, durante o estágio constatou-se que o alívio do desconforto doloroso durante o trabalho de parto e parto, reduzia-se à realização de analgesia epidural, apesar da maioria das mulheres que a solicitavam desconhecerem a técnica, assim como os seus efeitos secundários. E de facto, o EESMO tem aqui um papel preponderante, ao ser o profissional de saúde mais permanente no acompanhamento das parturientes durante o trabalho de parto, é o que maior oportunidade tem para fomentar o

envolvimento e a participação ativa da parturiente na condução deste processo. A maioria das parturientes acompanhadas neste estágio acreditava que a epidural era o único método eficaz de alívio da dor no trabalho de parto e parto. Aliás, foi até curioso constatar a grande insistência por parte dos profissionais, para que as parturientes que se mostrassem relutantes, a aceitassem como a técnica mais eficaz no alívio da dor no trabalho de parto e parto. E neste intuito eram usados pelos profissionais, argumentos sem sustentação científica, para conduzir a parturiente a consentir a analgesia por epidural. Esta prática impositiva não denota as competências do EESMO, ao não respeitar as diversas influências culturais, as decisões e os direitos das parturientes em escolherem livremente o que desejam para o seu trabalho de parto e parto, e simultaneamente coloca em risco uma prática que deveria distinguir-se pela qualidade assistencial à mulher e ao processo de parir.

As mulheres facilmente cediam à argumentação exposta sem fundamento científico, pois carecem de uma preparação pré-natal que lhes permita exigir outras alternativas e/ou estratégicas capazes de as ajudar a lidar/controlar a dor.

Para Santos e Bonilha (2000), a sensação de dor está sujeita a influências psíquicas, “emoções”, caracterizadas pelo estado de espírito da parturiente (angústias, fantasias, medo), ou seja, a postura interna diante do parto é muito mais importante que a sensibilidade à dor. Logo, se for dada à futura mãe, a possibilidade de ser preparada com conhecimentos sobre a gestação e o parto, esta estará em situação de colaborar proactivamente com a equipa de enfermagem no momento do trabalho de parto, e desta forma reduzir grande parte da tensão corporal e psicológica, o que culminará num parto bem-sucedido e menos doloroso.

Foram muitos os partos em que a estagiária colaborou com a equipa de anestesistas: preparou o material para colocação do cateter epidural, colaborou com o anestesista na explicação à parturiente dos passos do procedimento e dos efeitos dos fármacos administrados, bem como, na obtenção do seu consentimento informado, assistiu a mulher no posicionamento, explicou como ela podia colaborar durante a técnica, e instruiu sobre as técnicas de respiração durante a contração uterina. Após a colocação do cateter epidural, do protocolo de analgesia epidural do CHSJ faziam parte as seguintes intervenções: monitorização dos sinais vitais (vigilância de hipotensão materna, hipertermia e dor), da CTG (vigilância do bem-estar fetal), e algaliação (prevenção da retenção urinária).

Durante este período de estágio aferiu-se que a analgesia epidural, quando administrada numa fase ativa do trabalho de parto, e quando as doses de repicagem são administradas com um intervalo de tempo significativo, antes do período expulsivo, promove o relaxamento da mulher, regularizando a frequência



das contrações uterinas, associada à distensão do canal de parto, à tração dos ligamentos útero-cervicais e peritoneu, à pressão da apresentação sobre as estruturas pélvicas e à dor relacionada com os esforços expulsivos (Lowe, 2002, cit. Lowdermilk e Perry, 2008).

De uma forma geral, as medidas não farmacológicas para promover o alívio da dor às mulheres em trabalho de parto e parto são acessíveis, dependendo na maioria, das iniciativas por parte das instituições, mas principalmente dos profissionais que fazem o acompanhamento do trabalho de parto e parto. Durante o acompanhamento do trabalho de parto e parto, a estagiária recorreu a algumas estratégias de conforto e do controlo da dor que não exigiam recursos materiais específicos. Por exemplo, de acordo com as preferências de cada mulher, recorreu ao uso de técnicas respiratórias associadas a musicoterapia, à visualização guiada essencialmente como técnica de relaxamento. Teve a oportunidade de colocar em prática técnicas de massagem que se revelaram mais eficazes do que inicialmente previa. Segundo a FAME (2008), com as técnicas de relaxamento promove-se uma diminuição da tensão muscular e proporciona-se tranquilidade e também uma diminuição da ansiedade, uma maior distração à dor e uma redução da sua percepção. Mazzali e Gonçalves (2008) acrescentam que a mulher que consegue transportar a sua imaginação para a visualização do bebé e do percurso que ele está a fazer ao longo do canal de parto, está a desviar o foco central da sua atenção (dor provocada pelas contrações uterinas) e isso ajuda-a, a relaxar e a melhor suportar a dor durante o trabalho de parto e parto. Assim, é possível ao reduzir a atividade cerebral com uma participação neuromuscular adequada, um condicionamento no relaxamento aos desconfortos das contrações uterinas (Mendes, 1991).

O relaxamento e a respiração são estratégias de coping eficazes e fáceis de aprender. No entanto, como o parto exige um trabalho ativo, muitas mulheres precisavam de mais, de outras técnicas para obterem conforto, como por exemplo: andar, baloiçar, mudar de posição, massagem, uso de frio e calor, hidroterapia, dança lenta e uso de bolas de parto.

Constatou-se que a deambulação da parturiente, como medida para o controlo da dor, e para facilitar a evolução do trabalho de parto, não é praticado neste local de estágio. Lowdermilk e Perry (2008) afirmam que a deambulação apenas está contraindicada nos casos de a mulher estar sob o efeito de analgesia epidural (por risco de queda), apresentar membranas amnióticas rotas e apresentação não encravada (pelo risco de prolapso do cordão umbilical). De acordo com um estudo de Mamede (2005), cit. por Lowdermilk e Perry (2008), a evolução do trabalho de parto torna-se mais rápida com a deambulação durante a

fase ativa desse mesmo trabalho, uma vez que a deambulação e a posição ereta possibilitam adotar posições para alívio da dor, além de que a força da gravidade auxilia no encaixe do bebê na bacia materna, melhorando a progressão a nível do canal de parto.

Adicionalmente, o apoio que se oferece às mulheres, ao promover métodos não farmacológicos de alívio da dor, permite criar uma relação muito mais próxima com a mesma, que é extremamente gratificante, tanto para a parturiente, como para o profissional de saúde. Foi uma experiência muito satisfatória para a estagiária, o facto de poder estar presente e auxiliar estas mulheres a vivenciar de forma mais agradável e plena, o seu parto.

Frequentemente a mulher em trabalho de parto e parto queixa-se de dores na região sagrada, para além das contrações uterinas e de cansaço, dizendo sentir-se esgotada e sem forças para continuar. Interpretando individualmente a situação de cada parturiente, foram prestados cuidados de substituição de acordo com o seu grau de dependência. Assim, nos cuidados físicos, foram realizadas massagens para proporcionar conforto e bem-estar, foram auxiliadas as parturientes na mudança de decúbito, tal como é recomendado por Lawrence [et al.] (2009), para que descobrissem a posição mais confortável, evitando o decúbito dorsal (pois o peso do útero comprime a veia cava e a aorta, provocando comprometimento circulatório com risco de hipóxia fetal (Rezende, 1982)).

Gradual e progressivamente, a estagiária foi aprimorando estratégias de suporte contínuo emocional e físico, com atitudes como: saber estar ao lado, demonstrar interesse, conversar, enxaguar a testa, humedecer os lábios, bem como, promover um ambiente calmo, seguro, com privacidade, e com redução da luminosidade e dos ruídos. Na opinião das parturientes, estas estratégias fizeram a diferença, e em muito contribuíram para proporcionar bem-estar, e para reduzir a percepção de dor. Carraro [et al.] (2008), reforçam que *“(...) as vantagens do conforto são a recuperação da força, do poder pessoal, do ânimo, do bem-estar, do crescimento, da capacidade da mente mobilizar os mecanismos de enfrentamento, do desempenho dos papéis usuais, da melhoria da qualidade de vida e da adaptação à condição que se está vivenciando”*.

Os resultados de um estudo realizado por Brüggemann [et al.] 2005, apontam que o suporte contínuo é muito favorável durante o trabalho de parto e parto, na medida em que as mulheres ficam mais confiantes, e trabalham ativamente durante este processo; é menos provável que solicitem/necessitem de analgesia, reduz as intervenções médicas, inclusive a taxa de cesarianas, a duração do trabalho de parto, a utilização de ocitocina exógena, e produz um aumento na satisfação materna. Neste sentido, a evidência científica tem

comprovado que um dos fatores determinantes para que a experiência de parto seja positiva, não é a mulher não sentir dor, mas sim sentir-se protagonista do evento, com a percepção de estar a conseguir lidar com a dor segundo as suas expectativas, obtendo o controlo sobre o processo de parto (Lamaze International, 2008). Curiosamente, Davim [et al.] (2008), num estudo com 100 mulheres constataram que a satisfação das mesmas também está determinantemente relacionada com as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde.

Em suma, porque as experiências relativas ao trabalho de parto e parto são de extrema importância, interferindo de forma muito significativa no funcionamento emocional das mães, e no estabelecimento de uma relação adequada com o bebé (Figueiredo [et al.], 2002), incutiu-se na parturiente, a ideia de que ela era a figura central neste processo, a protagonista, quanto mais não fosse pela atenção e dedicação que estava a ser prestada. É claro que foi difícil consciencializar a mulher para tomar decisões e opções sobre a condução do seu trabalho de parto, em pleno processo de parto; até mesmo porque ela não tinha qualquer preparação prévia (na maior parte dos casos). Mas procurou-se mantê-la, a ela e ao seu acompanhante, informados sobre os procedimentos e cuidados de enfermagem que lhe iam sendo prestados durante o processo de parto, para que não sentisse o parto como “*salto no escuro*”, onde domina o desconhecido, o imprevisível e o risco (Pereira, 2005, p.1).

Autores como Caron e Silva (2002) comprovam, com os seus estudos, que só pelo facto de a mulher se sentir cuidada e confortada, a sua experiência de parto poderá ser menos traumática. E reforçam concluindo que, as mulheres não temem apenas a dor, temem a relação com a equipa de saúde, pois afirmam ter conhecimento de relatos sobre experiências que estão marcadas por uma relação impessoal e distante. Lowdermilk e Perry (2008) asseguram que a forma como o enfermeiro comunica com a mulher durante primeiro contacto, pode determinar a vivência de uma experiência de nascimento positiva. Uma atitude preocupada por parte do enfermeiro encoraja a mulher a verbalizar questões e preocupações. Lowdermilk e Perry (2008) afirmam que as primeiras impressões com que o casal fica, no momento do acolhimento na instituição onde se vai dar o parto, são preditoras do sucesso de todo o processo de parto.

O momento do acolhimento não serve simplesmente para dar resposta aos procedimentos inerentes à admissão da mulher e acompanhante na sala de partos, nomeadamente, colher os dados para preencher a avaliação inicial (relativa ao programa do SAPE). Constituiu-se sobretudo como o momento ideal para lançar as bases para uma relação de ajuda, de cumplicidade e de confiança entre a díade/tríade estagiária - mulher/accompanhante. A relação de confiança que se

estabelece entre a díade parturiente/acompanhante - enfermeiro, segundo Benner e Wrubel (1989), gera condições que capacitam a mulher a apropriar-se da ajuda oferecida, e a sentir-se cuidada.

Durante este momento foi importante adotar uma postura empática e criar um clima de conforto e de privacidade, propício para conhecer os aspetos que para o casal poderiam ser determinantes para promover uma vivência positiva do parto.

Sentiu-se que ter um enfermeiro envolvido com a evolução da situação, mostrando disponibilidade, proporcionou à parturiente/acompanhante um ambiente acolhedor e facilitador da sua integração no ambiente hospitalar.

Outra atitude através da qual se otimizou o conforto e o bem-estar da parturiente e acompanhante, foi mantendo-os informados sobre como estava a evoluir o trabalho de parto, e fornecendo explicações sobre os cuidados de saúde que, progressivamente, lhe eram prestados pela equipa de saúde. Armellini e Luz (2003) salientam que receber informações sobre como agir no período expulsivo é importante, mesmo para as mulheres que já tiveram uma experiência de parto anterior. Este princípio levou à manifestação de comportamentos de colaboração e de adesão aos cuidados de enfermagem.

Dotar a parturiente e acompanhante de um otimismo realista e de autoconfiança num momento em que sentissem desalento, desmistificando as ideias erróneas e medos associados ao parto, mostrou-se muito eficaz para o seu bem-estar. A orientação do acompanhante nas atitudes a tomar para um melhor aproveitamento da sua presença, foi também uma medida importante empreendida para proporcionar conforto e bem-estar à parturiente, através do alerta para a importância do toque, das manifestações de carinho e afeto, para que a mulher sentisse que não estava sozinha naquele momento.

Saliente-se ainda um outro aspeto no qual a estagiária se esforçou por proporcionar conforto e bem-estar à parturiente que consistiu mais concretamente no seguinte: para se controlar a progressão do trabalho de parto, é necessária a realização do exame vaginal, pois este é um dos indicadores que revela se a mulher está em verdadeiro trabalho de parto e permite ao EESMO determinar a integridade das membranas amnióticas. Através do toque vaginal poder-se-ão obter outras informações importantes na determinação da progressão do trabalho de parto, nomeadamente, avaliar a extinção e dilatação do colo do útero, identificar a apresentação (cefálica, pélvica ou de espádua) e a variedade fetal (anterior, posterior ou transversa), e determinar a descida da apresentação no canal de parto. De acordo com as recomendações da OMS (1996), o número de toques vaginais deve limitar-se ao estritamente necessário, durante o primeiro período de trabalho de parto, geralmente um em cada quatro horas costuma ser suficiente. Dixon e

Foureur (2010) acrescentam que os toques vaginais são experimentados pelas mulheres como geradores de ansiedade e de desconforto, podendo causar traumatismo nos tecidos e infeção (principalmente em RN de mães com EGB, apenas devendo ser realizados após consulta da última avaliação (no partograma), e se o estado materno-fetal o indicar. Procurando respeitar o que defende a OMS e os autores a cima referidos, procurou-se limitar o número de toques vaginais ao estritamente necessário, apesar de haver também uma vontade da estagiária em querer praticar essa avaliação, no sentido de adquirir mais autoconfiança e autonomia na avaliação do trabalho de parto. Assim sendo, e em concordância com Lowdermilk e Perry (2008), procurou-se limitar a prática do exame vaginal a casos específicos, tais como: na admissão da grávida, em alteração significativa da atividade uterina, quando a mulher sente pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos, quando ocorre rotura de membranas ou se observam desacelerações variáveis da diminuição da frequência cardíaca fetal (FCF).

No exercício da sua profissão, o EESMO assume “(...) *intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, adotando intervenções autónomas e interdependentes (...) nas situações de médio e alto risco onde estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher*” (Sardo [et al.], 2007). Esta definição deixa subentender que a atuação do EESMO, aquando da admissão da grávida/parturiente de baixo risco, deveria ser mais ampla, uma vez que os seus conhecimentos e competências lhe permitem uma atuação mais específica, muito para além da simples triagem. Constatou-se que no Serviço de Urgência de Obstetrícia, a atuação do EESMO é muito redutora, face às competências que possui ao nível do diagnóstico de início do trabalho de parto. A sua atuação limita-se à triagem (nomeadamente, a avaliação dos sinais vitais, realização de combur, registo de queixas, e realização de CTG) e o médico é quem determina como se procederá, em função de cada situação clínica.

A estagiária teve a oportunidade de permanecer no serviço de urgência quando não existiam parturientes no bloco de partos. Isso permitiu que contactar com várias situações clínicas, nomeadamente, abortamentos no 1º e 2º trimestre de gravidez, grávidas que recorriam à urgência devido ao aparecimento de vários sinais e sintomas tais como: contrações uterinas, perda sanguínea, dores abdominais, vômitos persistentes, de membranas amnióticas e também para indução de trabalho de parto. Mediante a avaliação da utente e a colheita de dados de enfermagem, e posterior diagnóstico médico, as parturientes tiveram um de três destinos: (i) foram encaminhadas para o domicílio; (ii) foram encaminhadas para o

internamento de grávidas de risco no serviço de medicina materno-fetal; e (iii) foram encaminhadas para o bloco de partos.

Comprovou-se que não existe, no serviço, um critério claramente definido para confirmar o diagnóstico de início de trabalho de parto. Existe uma diretriz internacional, que define o trabalho de parto como a presença de contrações uterinas espontâneas, em número de pelo menos duas em cada 15 minutos, e pelo menos dois dos seguintes sinais: apagamento cervical, colo uterino dilatado com mais de 3 cm ou espontânea de membranas (ICSI; 2007). No entanto, constatou-se que muitas mulheres foram admitidas ao bloco de partos sem que se enquadrassem nesta definição, quando o preconizado pela OMS é que o internamento hospitalar só deve ser feito quando estabelecida a fase ativa de trabalho de parto, evitando admissões prematuras e intervenções desnecessárias, incluindo o uso de ocitocina e de analgesia epidural, em mulheres com fase latente prolongada, para além de evitar admissões por falso trabalho de parto.

As utentes admitidas ao bloco de partos ou se encontravam em trabalho de parto, ou eram submetidas à indução de trabalho de parto, na qual a estagiária colaborou diversas vezes. A indução de trabalho de parto é uma intervenção obstétrica que tem por objetivo preparar o colo uterino e iniciar artificialmente a atividade contrátil uterina. A sua utilização é justificada nos casos em que é necessário terminar a gravidez por causas maternas e/ou fetais, ou na gravidez com mais de 40 semanas de gestação. Para se proceder à indução é necessário ter em conta algumas condições prévias: monitorização cardiotocográfica de 30 minutos; o cálculo do índice de Bishop; excluir contra-indicações (incompatibilidade feto-pélvica, gravidez trigemelar ou superior, útero cicatricial, grande múltipara, descolamento da placenta); ecografia para determinação de líquido amniótico; definição da apresentação; e quando necessário a estimativa de peso fetal.

O estado do colo uterino é fundamental para a indução e a evolução do trabalho de parto. O Índice de Bishop avalia as características do colo do útero (colo e corpo), e atribui uma pontuação de valor prognóstico para o êxito da indução do trabalho de parto (Cunha, 2010).

O efeito do uso de substâncias que atuam sobre o colo uterino manifesta-se pela alteração dos elementos que compõem o Índice de Bishop (que avalia o amadurecimento do colo), e sobre o corpo uterino, pelo desencadeamento de contrações uterinas. Atualmente são utilizadas com esse fim, a ocitocina e as prostaglandinas. A indução do trabalho de parto com Prostaglandinas consiste na introdução do Propess intracervical. Segundo Graça (2000), “...é um dispositivo constituído por uma fita impregnada com 10 mg de PGE2 que é colocado em volta do colo uterino, que liberta progressivamente o fármaco ao ritmo de 0,3mg/h, o que

*comporta a vantagem de permitir uma absorção lenta e contínua da substância ativa, e pode ser retirado sempre que se verifique hiperestimulação uterina ou anomalias da FCF*". A parturiente tem maior mobilidade, uma vez que após a introdução do dispositivo, realiza 30 minutos de CTG contínuo, e em seguida é desligada se CTG tranquilizante, FCF com boa variabilidade e sem alterações patológicas, podendo deambular. Normalmente estas parturientes ficam internadas no serviço de grávidas de risco e aguardam a evolução do trabalho de parto, regressando posteriormente para a sala de partos conforme a sua evolução.

A indução do trabalho de parto com ocitocina é a técnica mais utilizada das suprarreferidas. A estimulação com ocitocina, para acelerar o trabalho de parto, é considerada uma intervenção maior, e que só deveria ser instituída segundo Clark [et al] (2009), após verificação da presença de critérios bem definidos, tais como: prolongamento da fase latente e ativa do trabalho de parto, paragem da progressão da apresentação no 2º período de trabalho de parto, e disfunção uterina hipotónica.

O uso de ocitocina no bloco de partos é orientado por protocolos específicos e realizado segundo prescrição médica, sendo objetivos para perfusão de ocitocina: contribuir para que a fase ativa do trabalho de parto decorra dentro dos parâmetros fisiológicos, acelerar o trabalho de parto, estimular e ritmar as contrações uterinas, induzir o trabalho de parto, e prevenir a atonia uterina no 3º período do trabalho de parto. Os mesmos protocolos que balizam o recurso ao uso da ocitocina, também referem as suas contra-indicações, como sejam: incompatibilidade feto-pélvica, prolapso do cordão, situação transversa, FCF não tranquilizadora, placenta prévia e, no caso de cesariana anterior, a sua administração é mais limitada a casos específicos, avaliando o risco de rotura uterina, tal como é defendido por Lowdermilk e Perry (2008).

A OMS (1996) considera que o uso rotineiro de ocitocina é desnecessário, e pode ser prejudicial, para além de aumentar a necessidade de monitorização e vigilância (Pattinson [et al.], 2003). O uso de ocitocina requer uma monitorização rigorosa da sua perfusão e uma vigilância cardiotocográfica atenta. A utilização da ocitocina tem vários efeitos colaterais, com implicações no bem-estar materno e fetal. O que mais se evidenciou neste estágio, foi a hipertonia uterina e a taquissístolia, exigindo a suspensão imediata da administração deste fármaco indutor de trabalho de parto, sob risco materno-fetal. Pode também, desencadear o descolamento prematuro da placenta, rotura uterina, lacerações do colo uterino ou hemorragia pós parto, desacelerações da FCF, asfixia fetal e hipoxia neonatal como consequência da redução do fluxo placentário.

Um outro procedimento muito frequente para acelerar o trabalho de parto, é a realização da amniotomia. Segundo Graça (2005), a amniotomia constitui um

procedimento a ser praticado só em caso de extrema importância, para avaliação do bem-estar fetal (monitorização interna) e análise do líquido amniótico (sangue ou mecônio).

Rezende (2005) refere que a integridade das membranas assegura uma melhor proteção da cabeça fetal na passagem do canal de parto, diminui o risco potencial de infecção neonatal e puerperal, diminui a possibilidade de oclusão dos vasos umbilicais durante a contração uterina, e promove uma melhor preparação do canal do parto para o período expulsivo. De acordo com Rezende e Montenegro (2005), na antiguidade acreditava-se que a bolsa de águas era condição necessária a uma boa marcha do trabalho de parto, pelo que estas deveriam ser preservadas até à dilatação completa. Além da função mecânica hidrostática na ampliação do colo, favoreceria a não penetração de agentes de infecção. A amniotomia deve sempre ser considerada em parturientes de risco e fetos com ameaça de sofrimento. Neste sentido, a amniotomia deverá ser realizada quando as membranas não conseguem desempenhar a sua função fisiológica e dificultam toda a sequência do parto; quando se opta por intervir na progressão natural do trabalho de parto, assim como em determinadas circunstâncias patológicas, nomeadamente a placenta prévia e o hematoma retroplacentar.

A amniotomia deve ser realizada na ausência de complicações materno-fetais, para a mãe e para o feto, o mais tardiamente possível, quando a cabeça fetal se encontra encravada e se a parturiente optar por analgesia epidural, após a administração desta, porque este procedimento permite que a cabeça fetal faça contacto direto com o colo uterino, aumentando assim a eficiência das contrações, logo, a intensidade da dor aumenta. O benefício desta técnica deve ser bem ponderado, uma vez que aumenta o risco de infecção e risco prolapso do cordão umbilical (Lowdermilk e Perry, 2008).

Durante a prática clínica, a estagiária teve a oportunidade de efetuar amniotomias em parturientes em fase latente prolongada, tendo sempre a preocupação de agir em conformidade com os procedimentos de segurança e protocolos do serviço (realizar a amniotomia após 5 cm de dilatação nas situações de apresentação cefálica insinuada). Após este procedimento, manteve-se sempre uma vigilância muito atenta do bem-estar fetal, através da monitorização da FCF, e reduzindo ao mínimo o número de toques vaginais para evitar infeções.

Quando a mulher seja admitida com membranas rotas, ou a rotura ocorra no bloco de partos, é essencial determinar a hora da ocorrência da rotura, bem como descrever as características do líquido amniótico. O protocolo de serviço indica que, na presença de rotura de membranas com evolução superior a 12 horas, de risco de parto pré-termo, e de transmissão vertical de EGB durante o trabalho de parto e



parto, a profilaxia de infeção se faz pela administração de antibioterapia. A presença de alterações nas características normais do líquido amniótico (ex. presença de mecónio) exige a notificação da pediatria e a preparação de material de reanimação cardiopulmonar, no caso, de ser necessário intervir.

A OMS (1996) recomenda que num parto de baixo risco, sem intervenções para acelerar o trabalho de parto, uma auscultação intermitente da FCF, a cada 15/30 minutos, durante o período da dilatação, e a cada 5 minutos no período expulsivo, durante pelo menos 60 segundos, através de estetoscópio de Pinard ou Sonar Doppler. No entanto, o protocolo do bloco de partos exige a monitorização fetal contínua, através da CTG, nomeadamente, nos seguintes procedimentos: durante a administração de ocitocina, analgesia epidural, após amniotomia e na fase ativa de trabalho de parto. A CTG que permite monitorizar a FCF, as contrações uterinas e os movimentos fetais, desempenha um papel crucial no desenvolvimento do trabalho de parto e na expulsão do feto e da placenta. Através da identificação de modificações na FCF, durante o trabalho de parto, pretende-se identificar fetos que podem estar em risco, devido à insuficiência de oxigénio. No entanto, a grande desvantagem da CTG é a complexidade dos padrões da FCF, que pode aumentar o risco de intervenções, sobretudo cesarianas, devido aos falsos-positivos que indicam comprometimento fetal quando este não existe (Alfirevic [et al.], 2010). Isto é de tal modo frequente, que o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda que em vez de se estabelecer o diagnóstico de “*sofrimento fetal*”, se descreva o estado fetal como “*não tranquilizador*”, quando se está perante um padrão de FCF onde se encontram desacelerações, variações repetidas, desacelerações tardias, taquicardia e bradicardia

Procedeu-se à monitorização cuidadosa da progressão do trabalho de parto, através do partograma, que é um método que, simultaneamente, permite diagnosticar e monitorizar precocemente, os desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto e parto, indicando a necessidade de implementar intervenções para correção de desvios, e otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (OMS, 1996). McDonald (2010), aconselha a que o partograma seja preenchido logo após o começo da fase ativa do trabalho de parto, porque o início do seu registo, na fase latente, pode dar origem a intervenções obstétricas desnecessárias (p.e. associação a um trabalho de parto estacionário quando se poderá tratar de uma falso início de trabalho de parto).

Durante o período de estágio, a estagiária deparou-se com alguns casos de distócia, entre os quais alguns relacionados com incompatibilidade feto-pélvica. A grande maioria foi detetada ainda no período pré-natal e feita, *à priori*, uma seleção

dos casos para parto via cesariana. No entanto, houve situações clínicas que não foram salvaguardadas, e cuja evolução do trabalho de parto acabou por se refletir em progressões lentas do trabalho de parto, ou até mesmo paragem da progressão do trabalho de parto. Esta incompatibilidade esteve na origem de diferentes graus de deflexão da cabeça do feto. De entre os vários desfechos observados, houve situações de assincletismo anterior com deflexão lateral da cabeça fetal, na qual a sutura sagital se aproximava do promontório sagrado. O parto acabou por ter indicação obstétrica para aplicação de ventosa, dado o estado fetal como “não tranquilizador” (desaceleração fetal).

Outro facto importante foi a constatação pela estagiária de que podem existir diferentes graus de deflexão, mas se não existir incompatibilidade feto-pélvica, a situação resolve-se deixando o trabalho de parto evoluir normalmente, desde que a CTG demonstre padrões tranquilizadores.

Durante todo o ensino clínico, nomeadamente em situações de emergência obstétrica, a estagiária colaborou com a equipa multidisciplinar no sentido de assegurar a estabilização materno-fetal.

Durante o estágio surgiram situações de CTG não tranquilizadores (nomeadamente bradicardias prolongadas e persistentes e taquissistolias), situações de partos complicados (nomeadamente por distócias de ombros, e períodos expulsivos prolongados e com dificuldade na auscultação fetal), e ainda situações em que os partos distócicos eram emergentes. Em todas estas situações houve colaboração de forma autónoma e interdependente, para que o bem-estar materno e fetal fosse atingido.

A Lei nº 9/2009 de 4 de Março, que transpõe para a ordem jurídica interna, a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, na alínea 2 - f) refere que é da competência da parteira “*fazer o parto normal em caso de apresentação de cabeça, incluindo, se necessário, a episiotomia, e o parto em caso de apresentação pélvica, em situações de urgência*”. Esta experiência adquirida ao longo do período de estágio permitiu que a estagiária fosse adquirindo, progressivamente, uma segurança e autonomia crescente, na execução das técnicas adequadas ao parto de apresentação cefálica. Não podemos esquecer que é com a prática que conseguimos desenvolver competências no sentido de saber mobilizar em tempo oportuno conhecimentos que foram adquiridos (Canário, 1999).

Segundo o que está protocolado no Serviço de Obstetrícia onde decorreu o estágio, o parto de apresentação pélvica deve ser efetuado por cesariana, com o objetivo de minimizar a morbilidade neonatal e possíveis consequências de um sofrimento fetal intraparto. Durante este estágio ocorreu uma situação de trabalho

de parto com apresentação pélvica. Daí que foram prestados, à parturiente em causa, os cuidados de enfermagem especializados referentes ao período de dilatação cervical, e efetuada a preparação prévia para cesariana.

As parturientes que foram acompanhadas na evolução do seu trabalho de parto eram, na sua maioria, mulheres sem patologias, com gestação de termo, de feto único, em apresentação cefálica, sem história de cesariana anterior. De entre as mulheres que foram acompanhadas, que apresentaram patologia na gravidez, destacam-se a hipertensão arterial e a diabetes gestacional controlada com dieta, para além de um caso da diabetes gestacional tratada com insulina. O acompanhamento da parturiente com patologia durante o trabalho de parto envolve um grande conjunto de variáveis clínicas e uma grande complexidade de ações/intervenções. O acompanhamento do trabalho de parto e parto, em situações clínicas específicas, exigiu da estagiária o desenvolvimento e aquisição de competências técnico-científicas, relativamente a estas patologias, bem como conhecer protocolos de atuação do serviço, para agir de acordo com os mesmos, na busca de uma prestação de cuidados de excelência.

Ao longo do período expulsivo, a descida da apresentação fetal, o Plano de Hodge e o mecanismo de parto iam sendo vigiados assim como as contrações uterinas, a FCF atentamente monitorizadas através do traçado cardiotocográfico. O diagnóstico do período expulsivo é feito através do toque vaginal, quando percebemos que não há mais colo uterino a interpor-se entre a apresentação e o canal vaginal, permitindo ainda observar o grau de descida da apresentação. Existem sinais clínicos que também podem estar presentes no início deste período, sendo eles: o aumento da perda sanguínea; necessidade da parturiente de desenvolver esforços expulsivos durante a contração; a parturiente sentir pressão retal e verbalizar a necessidade de evacuar; e por vezes, surgirem náuseas e vômitos.

No momento do período expulsivo, e uma vez que a grande maioria das mulheres se encontra sob o efeito da analgesia epidural, com diminuição considerável da perceção das contrações uterinas e do estímulo fisiológico de puxo, foram promovidos os puxos com manobra de Vasalva. É uma prática comum no serviço, ou seja, solicitado à mulher que comece a puxar aos 10 centímetros de dilatação cervical, assistir a mulher nos posicionamentos (decúbito lateral ou semi-flower), e incentivar a mulher a repousar no intervalo das contrações, respirando profundamente e lentamente. Man-Lung Lai [et al.] 2009, procuram verificar as diferenças existentes entre os puxos precoces e os puxos tardios no bem-estar materno-fetal. Estes autores chegaram à conclusão que o início do puxo não tem influência no Índice Apgar e na frequência das lacerações perineais, e que os puxos

precoces diminuem a duração do período expulsivo, mas aumentam o risco de partos instrumentados ou cesarianas. Lowdermilk e Perry (2008) expressam que a posição adotada durante o puxo, e a coordenação da respiração, são fatores importantes a ter em consideração.

A OMS e muitos autores, no âmbito das medidas de proteção para prevenir o traumatismo perineal, recomendam que seja dada assistência à mulher em relação aos esforços expulsivos, isto é, no momento do parto, nomeadamente na segunda parte do segundo estágio, a parturiente para além de ser incentivada a fazer esforços expulsivos espontâneos, deve fazê-los durante a expiração sem encerrar a glote (Lowdermilk e Perry, 2008). Isto permite reduzir a pressão intratorácica, intra-abdominal, cardiovascular e a intensidade do esforço, permitindo a expulsão lenta da apresentação, e uma adequada perfusão útero-placentária (Oxorn, 1989). O incentivo dos esforços expulsivos prolongados e dirigidos (manobra de Valsava), apesar de ser ainda muito utilizado pelos profissionais de saúde, está contra indicado pela literatura. A OMS considera que se trata de uma conduta claramente prejudicial ou ineficaz, e que deveria ser eliminada.

A manobra de Kristeller (pressão externa no fundo do útero) recomendada para as situações em que a analgesia diminui o poder expulsivo materno, distócias de ombros e para a presença de padrões da FCF não tranquilizadores, é muito utilizada pelos profissionais no sentido de acelerar o período expulsivo. Esta prática, no entanto, pode trazer consequências nefastas para a mãe e para o feto. Existe a suspeita de que pode danificar o útero, períneo e o feto, embora ainda não existam estudos cientificamente comprovados a este respeito. A ideia geral com que se fica, é que é usada com demasiada frequência, não estando também demonstrada a sua efetividade (OMS, 1996). O que refere a evidência científica é que não é uma prática aconselhada, por não existir uma técnica padronizada para a realização da mesma, nem existe uma base legal, profissional ou norma de procedimentos, que regulem a sua utilização (Simpson e Knox, cit. por Lowdermilk e Perry, 2008).

Uma prática que atualmente está comprovada, em relação à proteção do períneo, é o incentivo para a mulher parir noutras posições, para além da litotomia, nomeadamente em decúbito lateral e em posição de cócoras. Estas duas posições permitem que a descida do feto seja feita de uma forma mais lenta e controlada, o que diminui a pressão que é exercida no períneo, verificando-se uma diminuição da dor, do risco do traumatismo perineal (lacerações maternas moderadas e graves), e um menor número de intervenções obstétricas (p.e., episiotomias).

Um estudo realizado por Mouta [et al.] (2008), sobre a relação entre a posição adotada pela mulher durante o parto, a integridade perineal e a vitalidade

do RN, evidenciou que o número de episiotomias realizadas nas mulheres que adotaram a posição vertical e lateral, foi muito reduzido, e que as lacerações perineais resultantes não exigiram sutura.

Como defende Gupta [et al.] 2009, durante o segundo estágio do trabalho de parto, a posição ideal seria a que abre o orifício pélvico inferior o máximo possível, proporciona um trajeto regular para o feto (ao longo do canal de parto), aproveitando a gravidade para ajudar o feto a descer e conferir à mãe a sensação de estar segura e no controle do parto.

Os estudos científicos atuais, apesar de identificarem que o uso de forma rotineira da posição de litotomia como uma prática prejudicial, e que deve ser desencorajada, foi a única a ser usada durante todo o período de estágio, e nem tão pouco a mulher requisitava outro posicionamento, acomodando-se ao posicionamento pré-estabelecido. Os profissionais de saúde justificavam a sua postura devido ao facto das posições não supinas originarem num menor controlo e visualização do períneo, no momento do nascimento.

Na opinião de Rezende e Montenegro (2008), a posição em decúbito lateral, postura de Laborie - Duncan, amplia o diâmetro anteroposterior do estreito inferior o que favorece a progressão da apresentação verificando-se um menor esforço físico do que na posição em decúbito dorsal.

A estagiária teve a oportunidade de acompanhar algumas situações em que as mudanças de posição, isto é o puxar em decúbito lateral facilitou a rotação da apresentação do feto da variedade occipito-posterior ou transversa para a variedade occipito-anterior. Esta constatação foi comprovada por alguns estudos citados pelo Conselho de Educação do Instituto Lamaze (2003), mostrando-se benéfica também nas situações de progressão lenta do trabalho de parto, pois a liberdade de movimentos, permite à mulher encontrar novamente o ritmo e esta utiliza a força da gravidade para ajudar o bebé a nascer (Mamede [et al.], 2007).

A proteção da base do períneo e a manobra de Ritgen (a cabeça fetal é assistida com procedimentos suaves, prevenindo a descompressão brusca sobre o períneo), também foram utilizadas de modo a evitar lacerações, e a facilitar a expulsão suave da cabeça. No entanto, Oliveira e Miquilini (2005) referem que não há evidência suficiente sobre os benefícios de exercer uma leve pressão sobre a cabeça do bebé, para controlar a velocidade de coroamento, pois a pressão exercida pode também impedir o movimento de extensão da cabeça, bem como afastá-la do arco púbico em direção ao períneo, aumentando assim a possibilidade de lesão.

Alguns estudos, como o de Scarabotto e Riesco (2006), o de Oliveira e Miquilini (2005) e o de Marcelino e Lanuez (2009) apontam a massagem como

benéfica para proteger o períneo das lacerações, aumentando a sua elasticidade. A lubrificação do períneo também é uma medida benéfica para evitar lacerações daquele, pelo que se recorreu a ela no decurso deste estágio, também para facilitar a progressão da apresentação. No entanto, Oliveira e Araújo (2008), efetuaram um estudo onde concluíram que a vaselina, apesar de ser frequentemente aplicada, não reúne consenso sobre o seu benefício na prevenção do traumatismo perineal.

A realização da episiotomia não é uma prática de rotina instituição de saúde onde foi realizado o estágio, concordando com o que defende a OMS - o uso indiscriminado de episiotomias tem efeitos prejudiciais e, por isso, aconselha-se o seu uso limitado no parto normal. A estagiária teve a oportunidade de avaliar os períneos, e adquirir competências relativamente à técnica da episiotomia. As condições do períneo foram avaliadas à medida que a cabeça fetal começava a coroar, para identificar a necessidade de realizar episiotomia. Também a episiorrafia e a correção de lacerações foram desenvolvidas durante todo o estágio. Foram realizadas suturas contínuas com encerramento perineal intradérmico, que são consideradas como um método de primeira escolha, para a execução de episiorrafia e das lacerações perineais de 2º grau. Existe atualmente evidência científica de que o encerramento perineal com sutura intradérmica contínua, está associado a menor intensidade da dor nos primeiros 10 dias do puerpério, menor número de deiscências de ferida, e melhor satisfação da puérpera (Grant, 1989).

Lowdermilk e Perry (2008) acrescentam que comparando as episiotomias com as lacerações, estas últimas são normalmente menores, são reparadas facilmente, ou em muitas situações não necessitam de ser suturadas, e cicatrizam rapidamente.

O crescente número de partos que se acompanhou, e os diferentes modos de atuação de cada um dos profissionais que orientaram a estagiária, permitiram identificar as características dos tecidos perineais, e decidir com maior segurança acerca da necessidade de realizar ou não a episiotomia. Atualmente, a estagiária considera que a sua abordagem em relação a esta matéria, reflete ponderação baseada na evidência científica e na experiência transmitida pelos profissionais que a acompanharam.

As mulheres acompanhadas em trabalho de parto foram empoderadas de conhecimentos acerca do assunto, para que compreendessem que a episiotomia de rotina deve ser prevenida, e que a podem recusar. Acreditamos que a decisão para a realização da episiotomia deve ser compartilhada com a parturiente, e não imposta de modo autoritário, sem o consentimento daquela. A mulher deve ser informada sobre as possíveis consequências da sua realização, mesmo nas situações em que os seus benefícios justifiquem amplamente sua realização.

Aquando do internamento, é solicitado à parturiente que assine um documento em que a mesma afirma que consente as intervenções relativas ao decurso do trabalho de parto e parto, porém, não lhe é explicado, em pormenor, quais as intervenções e procedimentos a que está sujeita. A episiotomia é um destes procedimentos, que por se constituir um ato cirúrgico, deve ser informado e autorizado pela mulher antes da sua realização, na qual devem ser apontados os possíveis riscos e benefícios. Num estudo sobre o conhecimento e a participação das parturientes nas decisões sobre a episiotomia durante o parto, realizado por Santos e Shimo (2008), 31,2% das mulheres entrevistadas relataram total desconhecimento acerca deste procedimento e o motivo pelo qual é realizado. Tal desconhecimento reforça, por um lado, o poder do profissional de saúde e, por outro, a exclusão da parturiente no ato da decisão, sendo considerada como um objeto de cuidado, e restando-lhe resignar-se ao que lhe é oferecido. Porém, apesar de não conhecerem o procedimento, nenhuma mulher questionou a realização da intervenção, ou mesmo solicitou informações sobre a mesma. Na opinião dos autores referidos, as parturientes desconhecem as capacidades do seu corpo em parir, como também os seus direitos, e aceitam a atitude do profissional de saúde como normal e necessária.

Outro facto que é de frisar é que alguns dos profissionais de saúde ainda fazem a tricotomia da zona perineal por rotina, acreditando que a cicatrização da sutura se fará de um modo mais fácil e seguro. No entanto, também aqui a OMS não recomenda esta prática, alegando que este procedimento é incorreto, e que acarreta muitos inconvenientes, nomeadamente, maior risco de infeção no local da tricotomia e incómodo quando os pêlos voltarem a crescer.

Os cuidados imediatos ao RN, na sala de partos, podem ser definidos como a assistência ao RN imediatamente após o parto, promovendo o seu bem-estar e conforto, com o objetivo de favorecer a capacidade de adaptação à vida extrauterina (Orlandi e Sabrá, 2005). Imediatamente após o nascimento, é prioritário fazer a avaliação do RN, para determinar o Índice Apgar, e assegurar a permeabilidade da via aérea. É protocolo do serviço, que no Bloco de Partos haja sempre pelo menos um EESMO presente durante todo nascimento, e cuja responsabilidade se deve centrar apenas no RN. O EESMO é um enfermeiro especialista que tem competência para iniciar todos os procedimentos de reanimação neonatal caso a situação exija. O Índice Apgar permite avaliar a capacidade de adaptação do RN à vida extra-uterina, e determinar a necessidade de reanimação através dos cinco indicadores seguintes: frequência cardíaca (pela auscultação com estetoscópio); frequência respiratória (pela observação direta dos movimentos da parede torácica); tônus muscular (pelo grau de flexão e movimento

das extremidades); irritabilidade reflexa (pela resposta do RN à estimulação do pé); e pela cor da pele (pálida, acrocianose ou rosada), sendo cada item pontuado com 0, 1 ou 2, em cada um dos três momentos em que é avaliado - ao 1º, 5º e 10º minuto de vida (Lowdermilk e Perry, 2008). A avaliação do Índice de Apgar, embora não sendo imprescindível para confirmar o início da reanimação, não deverá ser protelada, devendo ser integrada aquando da avaliação do RN, no sentido de avaliar a resposta às manobras executadas.

Segundo Graça (2010), cerca de 1% dos RN's (recém-nascidos) necessitam de manobras de reanimação diferenciadas. Existem causas de natureza materna, fetal ou decorrentes do trabalho de parto, que nos permitem antever a eventual necessidade de prestar cuidados especiais ao RN. Nestes casos deve-se garantir a presença na sala de parto, de outros profissionais especializados, para além do EESMO. A equipa de reanimação do RN deverá ser constituída, no mínimo, por dois elementos, mas o ideal é que sejam três (apesar deste aspeto não ser consensual entre os autores consultados). Há situações de sofrimento fetal intra-parto, causado pela presença de líquido amniótico com mecónio, por emergências obstétricas (como descolamento de placenta, prolapso do cordão), por nascimento de um RN pré-termo de extremo ou muito baixo peso, por gestação múltipla, por hidrópia fetal e por algumas anomalias congénitas que obrigam à presença de um neonatologista, e de uma perfeita colaboração em equipa, bem como à antecipação de todo o material necessário de apoio ao RN de risco, de modo a proporcionar uma reanimação com êxito (Roberton, 2000). Estes profissionais têm funções distintas, definidas e coerentes, formando uma equipa organizada, na medida em que *“os profissionais envolvidos possuam não só competências técnicas e conhecimento das suas responsabilidades, mas também sejam capazes de coordenar todos os seus esforços para uma reanimação efetiva”* (Roberton, 2000). O EESMO, quando envolvido na receção do RN, deve atuar de acordo com as normas de ressuscitação neonatal, e seguir as seguintes etapas de intervenção: primeiro com os passos iniciais de estabilização, manutenção da temperatura corporal, secar e estimular o RN, se necessário aspirar a orofaringe e fossas nasais (A), manutenção da respiração com ventilação assistida e administração de oxigénio (B), manutenção da circulação com compressões cardíacas externas (C) e administração de fármacos (D), sendo a última realizada com indicação médica (Kattwinkel [et al], 2010). A funcionalidade de toda a unidade do RN é fundamental para a qualidade e eficácia dos cuidados prestados, pelo que sempre foi uma preocupação preparar antecipadamente todo o material de reanimação, e verificar a sua funcionalidade.



Para a maioria dos RN's, as medidas executadas pela estagiária - a aspiração suave das vias aéreas, a estimulação tátil e a manutenção da temperatura (lençol aquecido sobre fonte de calor) - foram suficientes para estabelecer a adaptação dos RN's, à vida extra-uterina. No entanto, no sentido de prevenir complicações nos RN's, nas primeiras 2 horas após o parto, foram efetuadas atividades de vigilância com o objetivo de detetar sinais de dificuldade respiratória, como adejo nasal, tiragem ou gemido expiratório. Neste sentido, foram também realizadas outras medidas no intuito de prevenir possíveis complicações para o RN. Por exemplo, de acordo com Wong e Whaley (1999), é frequente, após o nascimento, a presença de líquido amniótico e secreções na orofaringe, que podem dificultar o estabelecimento da respiração pulmonar, pelo que se recomenda posicionar o RN em Trendlenburg, num ângulo de 10 a 15 graus, em decúbito lateral, sobretudo o esquerdo, devido à posição anatómica do tubo digestivo, para que a drenagem de secreções seja facilitada, e a situação de dificuldade respiratória revertida. Também a OMS (1996), refere que basta uma diminuição de 2°C para dobrar o consumo de oxigénio no RN, predispondo-o à hipoxia. Assim, prevenir o risco de hipotermia, é procurar que a temperatura do RN se mantenha entre os 36,5°C e os 37°C, nas primeiras 2 horas após o parto. Quando a hipotermia se instala, a temperatura da pele diminui e não havendo intervenção, a temperatura central cai e pode resultar em hipotermia irreversível, levando o RN ao óbito (Kenner, 2001). Tal como a OMS recomenda, procurou-se que todos os RN's fossem mantidos numa temperatura ambiental de, no mínimo, 25°C para que a temperatura do RN se mantivesse, bem como a sua estabilidade hemodinâmica.

No decurso deste ensino clínico, a estagiária foi responsável por prestar cuidados imediatos ao RN estável, de parto eutócico e distócico por ventosa. A estagiária estabeleceu prioridades: primeiro, foram realizados os cuidados imediatos e necessários à adaptação do RN à vida extra-uterina e, só posteriormente, é que foram realizados os cuidados protocolados pelo serviço, tais como a avaliação antropométrica (peso, comprimento e perímetro cefálico), administração intramuscular da Vitamina K, e a aplicação de pomada oftálmica de cloridrato de oxitetraciclina nos olhos. Nos RN's com peso menor que 2500gr, ou maior que 4000gr, também há que determinar a glicemia capilar.

É evidente que os RN's foram atentamente vigiados, durante as 2 primeiras horas pós-parto, e quando identificadas alterações morfológicas e funcionais no RN, foram de imediato comunicadas, para que fossem observadas, e se necessário, corrigidas, para potenciar a saúde do RN. Por exemplo, a estagiária esteve perante uma situação de um RN sem complicações, mas que após a prestação dos cuidados, foram detetadas petéquias no corpo. De imediato, foi

comunicada a situação à neonatologia, que veio observar o RN, ficando a estagiária a acompanhar a evolução da situação, durante o período de puerpério imediato, e na colheita de sangue para análise.

Tal como sugerido por Askin (2002), procurou-se explicar aos pais, em que consistiam os procedimentos realizados, e simultaneamente foram também esclarecidas todas as dúvidas e receios, buscando a manutenção da sua tranquilidade.

Apesar de o bebé já ter nascido, o corpo da mãe ainda continua no processo do parto, numa fase mais simples, em que a mãe não tem necessidade de realizar tanto esforço. (Machado, cit. por Graça, 2000). *“A diminuição súbita das dimensões uterinas é inevitavelmente acompanhada por uma redução da área de implantação da placenta (...) a tensão resultante provoca uma clivagem ao nível da camada esponjosa, geralmente acompanhada pela formação de um hematoma retroplacentário”* (Machado, cit. por Graça, 2000).

Durante este estágio, fortes contrações uterinas mantêm-se em intervalos regulares sob a influência constante da ocitocina. As fibras musculares uterinas encurtam-se ou retraem-se, a cada contração, levando à redução gradual do tamanho do útero, o que ajuda a separar a placenta do seu ponto de inserção.

É a fase da expulsão da placenta ou dequitação. Nesta fase, o útero continua a se contrair, para que a placenta se desprenda da parede uterina e seja eliminada do seu organismo. Dequitação é definida por todo o processo que leva à expulsão da placenta (e membranas) após o nascimento (Machado, cit. por Graça, 2000).

Atualmente a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) publicou as normas sobre intervenções de enfermagem no 3º período de trabalho de parto. Foi respeitado o protocolo 68 que faz referência para aguardar até 1h após o nascimento, pela dequitação espontânea, desde que a hemorragia seja escassa e exista estabilidade hemodinâmica. Faz também referência à extração placentária por tração controlada do cordão umbilical e pressão suprapúbica moderada, só após verificação do descolamento placentário. Aguardou-se pelo descolamento espontâneo da placenta, confirmado pelo sinal de Krustner. Após confirmação do descolamento da placenta, procedeu-se à utilização de manobras para auxiliar a exteriorização da placenta, nomeadamente, através da manobra de Jacob-Dublin (torção da placenta) para facilitar o seu descolamento integral. Após esta fase, prestou-se atenção à perfusão da ocitocina para promover a contração e retração uterina. Durante este processo teve-se em atenção os antecedentes da puérpera e a perda hemática verificada. Verificou-se também as características da placenta e do cordão umbilical e a possível existência de anomalias.

No momento da dequitação é identificado o mecanismo de expulsão. A dequitação efetua-se através de dois mecanismos: Schultze ou Duncan. Apesar de não ter importância clínica sabe-se que o mecanismo de Schultze é o mais frequente e que o mecanismo de Duncan acarreta maior perda de sangue, pela que a sua presença é um indicador para o risco de hemorragia (Lowdermilk e Perry, 2008).

O mecanismo de Schultze aparece em 75% dos casos, e caracteriza-se por separação da placenta que se inicia pela sua zona mais central, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta. O mecanismo de Duncan, aparece em 25% dos casos, quando o descolamento da placenta se inicia pela periferia, pelo que a hemorragia resultante, separando as membranas da parede uterina, se exterioriza antes da placenta ser visível na vulva. (Machado, cit. por Graça, 2000). O terceiro estágio está completo quando a placenta é eliminada. Os cuidados de enfermagem, basicamente, concentram-se nos cuidados imediatos com o RN e a sua avaliação, e estar disponível para auxiliar na expulsão da placenta e inspecioná-la quanto à sua integridade, para garantir que nenhuma parte permanece na cavidade uterina (isto é, não haver retenção de nenhuns fragmentos de placenta ou membranas).

A estagiária teve a possibilidade de observar durante o estágio que, relativamente ao mecanismo de descolamento da placenta, em quarenta e quatro dos partos realizados, o mecanismo de descolamento foi o mecanismo de Schultze, e em três outros deu-se pelo mecanismo de Duncan. Dos quarenta e oito partos realizados, apenas num houve a necessidade de efetuar dequite manual, que foi realizado pela equipa médica. Posteriormente procedeu à revisão do canal de parto, para identificar a existência de lacerações no trajeto do canal de parto e no colo uterino.

Após o parto, tem lugar o quarto estágio do trabalho de parto ou período de Greenberg imediato, corresponde às duas horas depois da saída da placenta. Este período é de fundamental importância nos processos hemostáticos, porque é o período durante o qual há a possibilidade de ocorrerem grandes hemorragias, que solicitam a habilidade e o conhecimento do EESMO, no intuito de as detetar precocemente. *“O quarto estágio do trabalho de parto dura cerca de duas horas após a eliminação da placenta. É o período de recuperação imediata, quando a homeostasia é restabelecida.”* (Bobak [et al.], 2002).

De acordo com Calado (2006) cit. por Lowdermilk e Perry (2008), a hemorragia pós-parto surge em cerca de 1 a 2% de todos os partos, e é uma das principais causas de morte materna.

No pós-parto imediato, as etiologias mais frequentes são: a presença de lacerações do canal de parto, a retenção placentar, a atonia uterina, a inversão uterina e as situações de coagulopatia.

Os partos vaginais estão frequentemente relacionados com algum tipo de trauma do aparelho genital. Estes traumas podem ocorrer espontaneamente e causar lacerações (de primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau), ou resultar de uma incisão cirúrgica no períneo (realizada pelo profissional de saúde que assiste a parturiente no período expulsivo) (Aasheimet [et al.], 2012). Daí que seja necessário inspecionar a integridade do canal de parto, o colo, e a vagina, para detetar esses traumas. Esta intervenção é de extrema importância na deteção de lacerações, e na identificação do vértice da episiotomia, caso exista, pois os traumas perineais são fatores de risco para a hemorragia pós-parto (Graça, 2010).

A presença de um mioma submucoso pode impedir a adequada formação do globo de segurança de Pinard, acarretando atonia do miométrio, com consequente hemorragia do leito placentar. Esta situação, apesar de mais rara que a retenção de fragmentos placentares, condiciona um grau de atonia variável e proporcional às dimensões e localização submucosa do fibromioma. Por outro lado, estas formações fibrosas podem ser base de inserção placentar, o que pode originar um risco maior de acretismo, acarretando dequitas incompletas ou retenções de dequite.

Durante este estágio, o corpo da utente começa a sofrer as muitas alterações/adaptações fisiológicas e psicológicas que ocorrem após o nascimento. O foco de conduta da enfermagem durante este estágio envolve a observação atenta e frequente da ocorrência de hemorragia, provisão de medidas de conforto e promoção da formação de laços familiares.

Almeida e Filho (2004), defendem que, logo após o parto, a mãe e o RN estão impregnados de hormonas que os deixam biologicamente programados para uma interdependência, estabelecendo-a, assim, muito melhor do que em qualquer outro momento de interação mãe-bebé. No momento do parto há como que um estímulo para a produção de ocitocina e prolactina, que provocam um “*instinto maternal*”, ou seja, facilitam a passagem de grávida para puerpera, sendo apelidadas de hormonas do amor. Outras hormonas, tais como a adrenalina e noradrenalina, também presentes no momento do parto, estimulam na mãe, o reflexo de Ferguson, que está relacionado com o apego (Almeida e Filho, 2004). Por outro lado, o RN nos primeiros 30 minutos após o parto liberta uma quantidade elevada de adrenalina que o faz ficar alerta, desenvolvendo reflexos de procura da mama e início da amamentação, sugerindo também uma ótima oportunidade para que a díade estabeleça o contacto visual e a vinculação (Lamaze, 2003). Este

contacto consiste numa técnica simples (Almeida e Filho, 2004), que deve ser feita diretamente, pele com pele, ou seja, imediatamente após o parto, o bebé saudável deve ser seco em cima do peito da mãe, para diminuir o arrefecimento por evaporação, e permanecer em decúbito ventral sobre o seu peito ou abdómen, sem a interferência da roupa (Lamaze, 2003).

Este contacto proporciona benefícios, não só a nível do aleitamento materno, mas também a nível fisiológico do RN, auxiliando-o na estabilização dos batimentos cardíacos e respiração, reduzindo o choro e o *stress*, aumentando os seus níveis de glicemia, diminuindo a sua dor no momento da administração da injeção intramuscular de Vitamina K, e mantendo a temperatura corporal, através da transmissão de calor do corpo da mãe (Matos [et al.], 2010).

Apesar de todos os benefícios já comprovados, e desta ser uma prática preconizada pela OMS desde 1996, verificou-se uma renitência por parte dos profissionais de saúde, em proporcionar aos RN's, a possibilidade de realizarem o contacto pele com pele com a sua mãe, logo após o nascimento, alegando o risco de hipotermia e respetivas consequências.

Santos (2010) defende que muitos dos cuidados imediatos prestados ao RN podem ser efetuados durante o contacto pele com pele, por exemplo, a administração intramuscular da vitamina K. Abade [et al.] (2010), fazem referência a um fator que pode condicionar a realização do contacto pele com pele, o Índice de Apgar. No caso de um valor de Apgar inferior a 7, ou quando o parto é feito por cesariana, o contacto precoce pele com pele não se deve realizar. Mas nestas situações, este contacto deve ser incentivado logo que possível.

A progressão natural na amamentação está descrita como o maior benefício do contacto pele com pele. Muitos bebés, assim que são colocados nesse contacto com a mãe, procuram instintivamente a mama, através do cheiro, e começam a mamar com bons reflexos de procura, sucção e deglutição, normalmente e preferencialmente, logo na primeira hora de vida. Consequentemente, as mães mostram-se mais predispostas a prolongar a amamentação e menos disponíveis para oferecer leite artificial aos seus bebés (DiGirolamo, 2001, cit. por Lamaze, 2003).

Segundo Saraiva (2010), *“os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, têm um papel especialmente importante na promoção, proteção, suporte e sucesso do aleitamento materno”*, considerando o momento imediatamente após o parto, como um dos períodos de atuação mais importantes. O EESMO assume um papel preponderante para a realização deste contacto, podendo estimular e facilitar o mesmo. É importante oferecer tempo à díade para este contacto, proporcionar um ambiente tranquilo, posicionar a mãe

confortavelmente, fazer reforços positivos ao comportamento da mãe, dando-lhe confiança, e evidenciar os comportamentos de procura da mama, por parte do bebé, evitando manobras que o forcem na amamentação.

Apesar dos constrangimentos com que a estagiária se deparou, tornou-se para si uma prioridade promover a amamentação na primeira meia hora de vida do bebé, respeitando o processo fisiológico do nascimento e o ritmo de cada RN, tal como é definido na 4ª medida recomendada pela OMS e UNICEF (Pereira [et al.], 2008 e Vehvilainen-Julkunen e Liukkonen, 1998) para o sucesso do aleitamento materno. Quando houve necessidade de realizar a episiorrafia, nem sempre se conseguiu atingir o proposto, no entanto, quando se estava perante uma parturiente com períneo íntegro, era preocupação da estagiária colocar o bebé à mama o mais rapidamente possível. E foi curioso observar a reação do RN durante a sua primeira meia hora de vida, e após alguns minutos depois de ter sido colocado à mama - começava suavemente a esboçar sinais de fome, a tatear o corpo da mãe e a fazer movimentos de “reptação” à procura de alimento.

Também se verificou que é preferível dar tempo e espaço para que o bebé possa seguir os seus instintos naturais, nomeadamente ao explorar a mama, do que intervir constantemente, como que forçando a amamentação. Desta forma, também se promove a confiança, a competência, e a capacidade que a mulher possui para amamentar.

Num estudo realizado por Pereira [et al.] (2008), na Maternidade do Hospital Vale do Sousa, 13% dos bebés aproximaram-se da mama por si próprios, e começaram a mamar, fazendo uma pega correta durante o contacto pele com pele após o nascimento. Dos restantes, 50% tiveram dificuldades na primeira mamada, e os demais foram bebés aos quais foi corrigida a pega, o que os fez mamar em exclusivo, aproximadamente três vezes mais tempo do que os bebés do grupo de pega incorreta. Este estudo permite concluir que é muito importante proporcionar condições para que o bebé possa explorar a mama, e que a intervenção de correção da pega, quando necessário, está relacionada com a duração e sucesso do aleitamento. Os momentos iniciais são, sem dúvida, momentos únicos, e constituem uma oportunidade para o EESMO fortalecer os laços afetivos, não só entre a díade (mãe-filho), mas também entre a tríade (mãe-filho-pai) que se está a formar, possibilitando a aproximação precoce de forma a dar continuidade e fomentar o processo de fomentação de laços afetivos.

O EESMO encontra-se numa posição privilegiada para dar suporte à participação do pai no parto, ao oferecer a oportunidade do pai e da mãe compartilharem o nascimento do filho como parte integrante da vida conjugal (Carvalho, 2003). Torna-se num momento importante para o desenvolvimento da

relação conjugal e para a aceitação da parentalidade (Vehvilainen-Julkunen e Liukkonen, 1998).

Durante parto, os graus de envolvimento dos pais são diferentes, alguns desejam participar ativamente no nascimento, apoiando e incentivando as suas companheiras e cortando o cordão umbilical (Mendes, 2007). Outros preferem apenas observar, ou esperar fora da sala de partos.

Segura da importância que poderá ter, no momento do parto, a experiência do corte do cordão umbilical no envolvimento emocional entre a mulher/acompanhante e o RN, bem como no despertar para a parentalidade nos homens, sempre que possível, a estagiária, respeitando os desejos e expectativas da díade, incentivou a mãe ou o pai a cortá-lo, tal como é preconizado pelos estudos científicos e pela OMS (Brandão, 2009). Brandão (2009), concluiu que o corte do cordão umbilical efetuado pelo pai parece beneficiar o envolvimento emocional entre o mesmo e o bebé.

Contudo, na prática procurou-se sobretudo integrá-lo e envolvê-lo nos cuidados durante o trabalho de parto e parto, mesmo que este não desejasse cortar o cordão umbilical. Neste sentido promoveu-se uma participação ativa e não de um mero espectador, repercutindo-se na ligação afetiva com a mulher e filho, e facilitando a transição para a parentalidade.

Nas situações de prematuridade, para além da limitada permanência do RN com os pais, a disponibilidade e as competências do bebé para participar na interação com a díade estão temporariamente reduzidas (Figueiredo, 2003). A disponibilidade da tríade para se vincular está a ser influenciada naquele preciso momento por diversos fatores. Por este motivo e por toda a carga emocional inerente a esta situação, tornou-se premente que a intervenção da estagiária fosse de acordo com as necessidades específicas dos casais, dando destaque à implementação de medidas que promovessem e facilitassem o processo laços de afetividade do casal ao RN.

A existência de Protocolos de Medicina Materno-fetal, livro elaborado pelos profissionais do Serviço de Obstetrícia, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, CHSJ - Faculdade de Medicina do Porto, que a estagiária adquiriu para lhe facilitar a consulta, também existente no serviço, foi muito importante, uma vez que facilitou os procedimentos, essencialmente em situações de patologia e administração de determinada terapêutica. Salienta-se que foi possível aferir que, no contexto da obstetrícia, existe um grande número de normas e protocolos sistematizados, que uniformizam a atuação dos profissionais de saúde. É natural que assim seja, pois trata-se de uma área da saúde muito sensível e complexa, que exige grande rigor nos cuidados prestados. Só assim se poderão alcançar os objetivos de reduzir a

morbi-mortalidade materno-fetal, e de conduzir a gravidez até o seu termo, sempre com mãe e o seu filho saudáveis.

### 2.1.3. Pós-parto

O período puerperal é compreendido como o período *“que se inicia logo após o parto, e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no organismo materno, retornam às condições normais”* (Santos, 2002). Neste período ocorrem nas mulheres, adaptações fisiológicas e comportamentais complexas, caracterizadas pelos fenômenos involutivos, pelo estabelecimento da lactação, pela adaptação psicológica da mãe, e pelo estabelecimento da relação mãe-filho e familiares.

Na ausência de intercorrências no pós-parto imediato, cerca de duas horas após o parto, a puérpera e o RN são admitidos no serviço de puerpério. O acolhimento é um aspeto essencial da política de humanização no serviço de puerpério. Implica a receção da mulher e seu acompanhante, garantindo continuidade de cuidados, e tem como objetivo facilitar a integração neste serviço. Tal como especificado no respetivo protocolo, começou-se por apresentar o serviço de puerpério à mãe e seu acompanhante (tanto a enfermaria onde iria ficar durante o internamento, como a sua unidade individual). Apresenta-se também a equipa de enfermagem, a estagiária, e confirma-se a identidade da puérpera e seu RN (colocando-lhe a pulseira eletrónica como protocolado pelo serviço). É também o momento para informar sobre as rotinas de serviço (horários das visitas, horários das refeições, quais os materiais fornecidos pelo serviço, entre outras). É cada vez mais frequente, o acompanhamento da puérpera e do RN pelo “pai”, pelo que se incentivou (e até elogiou) a sua presença e participação nas atividades de preparação para a parentalidade, que irão surgir durante o internamento. O acolhimento foi para a estagiária um momento privilegiado para avaliar queixas, demonstrar disponibilidade para esclarecer dúvidas, e ouvir as preocupações e angústias da puérpera. É também neste momento que a estagiária tem o primeiro contacto com o processo clínico da puérpera e do RN (antecedentes pessoais relevantes, história da gravidez atual, tipo de parto, ferida cirúrgica abdominal/perineal, anestesia/analgesia, grupo de sangue, estado físico após o parto, contração do útero e eliminação vesical, condição do RN: hora de nascimento, sexo, peso, Índice Apgar, adaptação à mama e hora da última mamada).

No serviço de puerpério, e nas primeiras 48h/72h pós-parto, o EESMO realiza várias atividades de diagnóstico, relativas à puérpera e RN. Trata-se de um



período em que surgem muitas intercorrências, com riscos para a saúde de ambos. Daí que ao receber a puérpera e RN, a estagiária executa intervenções de vigilância, que lhe permitem avaliar e garantir o bem-estar geral de ambos. De entre estas intervenções, destacam-se algumas que se encontram protocoladas pelo serviço: (i) verificar a clampagem do coto umbilical (o que visa identificar precocemente o risco de hemorragia que é maior nas primeiras horas de vida (Lowdermilk e Perry, 2008)); (ii) avaliar a capacidade de sucção e de deglutição do RN, duração da mamada e saciedade (colocar o bebé à mama logo que possível); (iii) avaliar os sinais vitais da puérpera: TA, FC, FR e T; (iv) palpar o útero; (v) avaliar a perda sanguínea; (vi) avaliar a eliminação urinária; (vii) avaliar a ferida perineal ou vigiar o penso abdominal, se existir. Estas ações permitem tomar conhecimento de dados relevantes para a elaboração de um plano cuidados individualizado e mais consentâneo com as necessidades da puérpera e do RN.

O internamento no serviço de puerpério é de cerca de 48 horas para as puérperas com parto eutócico, e de 72 horas para as puérperas com parto distócico por cesariana. De acordo como o estabelecido pelo protocolo deste serviço, as puérperas são aconselhadas a permanecer em repouso absoluto no leito (cerca de 4 horas no parto vaginal, 12 horas no parto por cesariana com anestesia epidural, e 24 horas no parto por cesariana com anestesia geral), o que as torna dependentes no autocuidado. Daí que, durante este período, a estagiária efetuou cuidados de higiene parciais à puérpera no leito, como forma de lhe proporcionar conforto e de prevenir infeções. Como o período de internamento no serviço de puerpério é muito curto, a preparação da alta que é da responsabilidade do EESMO, e começa a ser preparada progressivamente, a partir do momento em que a puérpera/família/RN dão entrada no serviço. Daí que, simultaneamente, à prestação dos cuidados perineais no leito, informa-se a puérpera acerca da importância desses cuidados, bem como acerca dos produtos a utilizar, destacando a importância de trocar frequentemente o penso higiénico, na prevenção de infeções, tal como é recomendado pela NICE (2006).

Findo o período recomendado de repouso no leito, e após tolerância da dieta alimentar prescrita para a puérpera, incentiva-se o primeiro levante. A precocidade no primeiro levante é de extrema importância na prevenção de acidentes tromboembólicos, e na promoção da autonomia da mulher (NICE, 2006). Segundo o protocolo do serviço, no caso das cesarianas ou em situações em que a puérpera tem indicação para manter repouso no leito mais de 8 horas, realizam-se ensinamentos sobre exercícios ativos e passivos dos membros inferiores. Estes exercícios favorecem o retorno venoso, prevenindo o tromboembolismo, tal como recomendam Lowdermilk e Perry (2008). Durante este período de repouso no leito,

a estagiária inspecionou os membros inferiores das puérperas, quanto à presença de sinais de tromboflebite (dor, temperatura local, rubor), e executou pesquisa de sinal de Homan (forçar a dorsiflexão do pé).

A assistência à mulher no primeiro levante pós-parto deve ser precoce e gradual. É uma intervenção de enfermagem que tem como objetivo prevenir a hipotensão ortostática da puérpera (Lowdermilk e Perry, 2008). Após o parto há uma diminuição da pressão intra-abdominal, o que leva a uma dilatação dos vasos sanguíneos e a uma estase de sangue nas vísceras (o que pode contribuir para o desenvolvimento de hipotensão ortostática). Como forma de evitar a hipotensão ortostática, com risco de lipotímia/queda da puérpera, a estagiária antes de assistir no primeiro levante, atendeu ao seu estado geral, a queixas algicas, às condições do útero e à perda vaginal.

Este procedimento implica a concretização de algumas ações protocoladas antes da puérpera se pôr de pé, tais como: avaliar os sinais vitais (TA e FC), solicitar à puérpera a mobilização dos membros inferiores, elevar a cabeceira da cama a 45°, assistir a puérpera a sentar-se na cama, observar a resposta da puérpera, avaliar os sinais vitais, e assistir na deambulação e observar a resposta da puérpera. Se durante a realização deste procedimento ocorrerem tonturas, suores, lipotímia, e aumento do pulso, há que deitar a mulher de imediato, deixando-a descansar, e aguardar mais algum tempo para fazer nova tentativa de levante.

Porque o colo uterino só fecha ao fim de 8/10 dias, está contraindicado o banho de imersão. Daí que o primeiro banho (no chuveiro) ocorre nas primeiras horas pós-parto, representando um potencial risco de queda. Como as temperaturas elevadas e a humidade podem provocar mal-estar e tonturas, a estagiária auxiliou sempre as puérperas nesta ação.

Como já foi referido anteriormente, neste período de internamento no serviço de puerpério, poderão ocorrer alterações na evolução do padrão normal do pós-parto. Esse risco requer que o EESMO faça uma vigilância puerperal atenta, de forma a detetar precocemente, possíveis complicações que coloquem em risco a saúde da puérpera e do RN. Neste sentido, a estagiária planeou e executou atividades de diagnóstico junto das puérperas e seus RN's, com o intuito de detetar alterações clínicas, e se necessário, referenciá-las atempadamente ao obstetra de urgência.

Lowdermilk e Perry (2008) referem que a puérpera, nas 24 horas após o parto e nos dias seguintes, necessita de vigilância atenta e de cuidados especiais para prevenir possíveis complicações. Eis algumas das atividades de diagnóstico realizadas pela estagiária:

(i) Vigiou a contração do útero. A frequência da realização desta atividade diagnóstica foi determinada pelos seguintes critérios: intervalo de tempo entre o parto e o momento da avaliação (à medida que decorre o tempo, contado a partir do momento do parto, menor a necessidade de vigilância); existência de fatores de risco (trabalho de parto prolongado, gravidez gemelar, parto instrumentado, paridade, história anterior de atonia uterina, etc.). Este procedimento consiste na recolha de dados relativos à tonicidade uterina no pós-parto. Tem como objetivo identificar precocemente sinais de atonia uterina na puérpera. O útero contraído (duro tipo «bola de laranja», com saída de conteúdo uterino em pequena quantidade), reflete uma evolução normal. O útero não contraído (com consistência mole, de maior volume e saída de conteúdo uterino com perda sanguínea significativa e/ou coágulos), assinala um risco de hemorragia.

(ii) Vigiou a involução uterina. Este procedimento consiste na recolha de dados relativos à involução do útero no pós-parto. O processo utilizado para avaliar a involução uterina é a medição da altura do fundo uterino (diariamente). Tem como objetivo identificar precocemente sinais de subinvolução uterina. Lowdermilk e Perry (2008) referem que, após o parto, o útero é palpável 1 a 2 cm acima do umbigo. Vinte e quatro horas após o parto rasa o umbigo e regride posteriormente 1 a 2 cm por dia. Ao décimo dia de puerpério, o fundo uterino já deve ser palpável na cavidade abdominal. A involução é mais rápida nas primíparas e nas mulheres que amamentam. Um atraso na involução ou subinvolução pode significar que estamos perante uma das seguintes situações: infeção, fibromioma e retenção de restos placentários. Para realizar os dois procedimentos suprarreferidos, a estagiária solicitou à puérpera que se posicionasse em decúbito dorsal, com os membros inferiores ligeiramente fletidos, e assegurou-se que a puérpera tinha a bexiga vazia, pois a bexiga cheia ocupa espaço abdominal e desvia o útero da linha média. O não esvaziamento da bexiga pode resultar numa hemorragia pós-parto, porque empurra o útero para cima e impede-o de se contrair firmemente (Lowdermilk e Perry, 2008). As duas intervenções mais importantes para prevenir esta hemorragia são a manutenção de um bom tônus uterino, e a prevenção da distensão vesical (Lowdermilk e Perry, 2008).

(iii) Vigiou a perda sanguínea e (iv) vigiou os lóquios. Este procedimento consiste na recolha de dados relativos às características do fluxo vaginal após o parto, através do canal cervical proveniente da ferida placentária. Tem como objetivo identificar precocemente sinais de hemorragia ou infeção puerperal. O valor atribuído aos lóquios recolhidos depende do intervalo entre o momento da avaliação e o parto. Nos primeiros dias pós-parto é mais importante avaliar a perda sanguínea; já a partir do 4º/5º dia é mais importante avaliar os sinais de infeção. A

estagiária avaliou as seguintes características dos lóquios: cor, quantidade, cheiro e composição. Inquiriu sobre o número de pensos usados e sobre o grau de saturação. A estimativa visual rigorosa da perda de sangue é uma responsabilidade do EESMO.

(v) Vigiou a ferida cirúrgica ou laceração. Outro dos cuidados prestados relativos à vigilância puerperal foi a avaliação do processo de cicatrização das feridas cirúrgicas ou lacerações. No pós-parto podem existir: (i) ferida cirúrgica perineal (resultante de episiotomia); (ii) ferida cirúrgica abdominal (resultante de cesariana); (iii) ferida perineal resultante de laceração; e (iv) lesões dos tecidos perineais resultantes do parto, como por exemplo, equimose ou edema. Este procedimento consiste na recolha de dados relativos à ferida cirúrgica e/ou laceração. Tem como objetivo detetar precocemente sinais de infeção e/ou perturbação do processo de cicatrização. A puérpera foi orientada para evitar sentar-se do lado da ferida perineal, quando esta existe, e a fazer uma higiene cuidada quanto à mudança frequente de penso.

(vi) Vigiou a eliminação (urinária e intestinal). Este procedimento consiste na recolha de dados relativos à eliminação urinária e intestinal. Tem como objetivo detetar precocemente alterações ao padrão da eliminação. O período pós-parto caracteriza-se por algum grau de edema dos órgãos perivesicais e hipotonia dos músculos lisos. Esta condição potencia o risco de retenção urinária, infeção urinária e obstipação. Os traumatismos de parto, o aumento da capacidade vesical e os efeitos da medicação podem diminuir a vontade de urinar. O aumento da diurese pode resultar numa distensão vesical, que, por sua vez, pode levar a uma hemorragia pós-parto, bem como a uma maior suscetibilidade às infeções urinárias por distensão da bexiga. Se as intervenções de enfermagem para a promoção da eliminação urinária não surtirem o efeito esperado, poderá ter que ser ponderar a algaliação intermitente para evitar complicações (compressão da bexiga sobre o útero). A eliminação intestinal após o parto fica restabelecida cerca de 2 a 3 dias após o mesmo, tanto devido à diminuição da tonicidade dos músculos intestinais durante o trabalho de parto, como devido ao jejum prolongado e/ou à desidratação. A episiorrafia, hemorroides e a sensibilidade perineal, podem dificultar a vontade de evacuar da puérpera. Por esta razão, incentiva-se a puérpera a deambular e a ingerir alimentos ricos em fibras, como forma de promover o aumento do peristaltismo, e subsequente evacuação. No entanto e por vezes, estas medidas terapêuticas não são eficazes, sendo necessário recorrer à administração de emolientes ou laxantes (NICE, 2006). A puérpera deve urinar nas 4 a 6 horas após o parto, e as micções não devem ser dolorosas. Já a primeira dejeção deve ocorrer nas primeiras 48 a 72 horas pós-parto. Normalmente, a função renal retorna ao

padrão normal um mês após o parto, e o padrão de eliminação intestinal restabelece-se 2 a 3 semanas após o parto (Cunninghan [et al.], 1997).

(vii) Vigiou a eliminação (urinária e intestinal) do RN. Este procedimento consiste em detetar precocemente alterações do padrão vesical e intestinal. Os bebés devem urinar nas primeiras 24 horas de vida, 6 a 10 micções diárias com uma coloração cítrica. A urina pode apresentar umas manchas alaranjadas/avermelhadas, resultantes da eliminação dos cristais de urato (Lowdermilk e Perry, 2008.). A eliminação de mecónio deve ocorrer nas primeiras 24 a 48 horas de vida; tem uma cor verde escura e consistência mucosa/gordurosa. Ao terceiro dia surgem as fezes de transição que apresentam uma cor verde-acastanhada a amarelo-acastanhada; são mais líquidas que o mecónio, e contêm restos alimentares. A cor amarelada está relacionada com a bilirrubina, enquanto a cor esverdeada está relacionada com a biliverdina, e com o tempo de permanência das fezes no intestino. Os RN's que têm dejeções mais frequentes, têm fezes mais amareladas; os que têm menor frequência têm as fezes tendencialmente mais esverdeadas. O número diário de dejeções é variável. Durante a primeira semana são mais frequentes entre o terceiro e o sexto dia. O número de dejeções diárias diminui nas primeiras duas semanas, de cinco a seis para uma a duas dejeções por dia. As características das fezes variam de acordo com o tipo de leite. Os RN's que são amamentados apresentam fezes mais moles, de coloração amarelo-dourado, enquanto os que são alimentados com leite artificial apresentam fezes mais moldadas, de coloração amarelo pálido e odor característico (Lowdermilk e Perry, 2008).

(viii) Avaliou a dor. Uma das intervenções a salientar é a avaliação do grau de dor. Na maioria das vezes, a dor está relacionada com a ferida (perineal ou abdominal), ou com a laceração perineal, ou ainda com a presença de hemorroides no parto vaginal. Neste caso, a intervenção da estagiária consistiu em aliviar a dor ou desconforto, com as seguintes ações: administração da analgesia prescrita, aplicação de gelo nas primeiras 24 horas pós-parto, e aplicação de pomada anti-hemorroidária. No caso do parto por cesariana, administraram-se os analgésicos prescritos para promover o alívio da dor por ferida abdominal. Estas intervenções para aliviar a dor são extremamente importantes para o êxito na precocidade do primeiro levante, no autocuidado, e na predisposição para a aquisição de competências parentais.

No serviço de puerpério, como já vimos, o EESMO tem um papel de extrema importância, na implementação de intervenções com o objetivo de promover e apoiar a adaptação fisiológica no pós-parto. O escasso tempo de

internamento deve ser aproveitado para a educação materna/paterna para a parentalidade, e para o estabelecimento de uma salutar lactação, para que os pais possam prestar os melhores cuidados ao seu filho. Há também que estabelecer uma relação de ajuda que inspire calma e segurança à mãe, indispensável no início da vida do filho. Foi neste sentido, que a estagiária implementou várias intervenções de enfermagem, com o objetivo de facilitar este processo de adaptação dos pais a esta nova fase das suas vidas (Ziegel e Cranley, 1986). Neste sentido, promoveu-se a recuperação de energias por parte da puérpera, o que se revelou como uma das intervenções mais facilitadoras do processo de adaptação da mesma à parentalidade. Uma das conceções de Lowdermilk (2002) revela que a fadiga é um problema importante durante as primeiras semanas após o parto. Nesta perspetiva, Ziegel e Cranley (1986), acrescenta que a falta de repouso e tranquilidade na puérpera, interferem nos cuidados com a criança e com a mulher, bem como no processo de amamentação/lactação. Assim a estagiária, procurou gerir o ambiente físico das enfermarias (cada enfermaria tinha 4 unidades). Planeou períodos de descanso durante o dia (as mães foram incentivadas a dormir sempre que o bebé dormisse). Planeou os seus cuidados (à puérpera e RN) de acordo com as suas preferências. Respeitou a privacidade; fez respeitar o silêncio às visitas e evitou a luminosidade durante os períodos de descanso.

A ação do EESMO não se limita a realizar atividades de diagnóstico, relacionados com a saúde física da puérpera. Ele(a) também tem que dar uma atenção especial à compreensão dos processos psicológicos que envolvem o período puerperal. Faisal-Cury e Menezes (2006) destacam que o puerpério parece ser o período de maior risco para o surgimento ou agravamento de distúrbios ansiosos, que nesta fase apresentam características particulares e causam problemas específicos. Um exemplo disso é o efeito negativo sobre a galactopoeia e sobre a qualidade do vínculo mãe-bebé, devido à ansiedade materna. Para Canavarro (2006), o período puerperal é, para a mulher, um período de transição acompanhada de fragilidade emocional e psicológica, sem do portanto um momento vulnerável para ela. Este período costuma marcar a mulher de uma forma profunda, principalmente se ela for primípara. Os acontecimentos são muitos e sucedem-se com muita rapidez. A experiência de incorporação do filho na vida familiar merece ser acompanhada com muita atenção. As mudanças que se verificam a nível biológico, psicológico, conjugal e familiar, podem resultar em desequilíbrio na aquisição de novas competências psicológicas e sociais. Segundo Cepêda [et al.] 2006, nas quatro semanas seguintes ao parto, cerca de 40% a 60% das mulheres experimentam esta perturbação emocional, que pode durar alguns dias. Durante a permanência das puérperas no serviço, vigiaram-se os sinais

indicativos de *blues pós-parto*. Este período caracteriza-se por labilidade emocional, sem razão aparente, sentimentos derrotistas, inquietação, fadiga, insónias, cefaleias, ansiedade, tristeza e raiva (Lowdermilk e Perry, 2008). A estagiária esteve atenta à forma como se estava a processar a interação da mãe com o bebé (a forma de se referir a ele, as palavras de carinho que dirigia ao bebé ou não, o jeito de o segurar ao colo,...); bem como à forma como a puérpera respondia às necessidades do bebé. Esta atitude permitiria planejar intervenções para ajudar a puérpera a adaptar-se ao seu filho, e se necessário, referenciar as situações de anormalidade neste processo de adaptação.

No contexto deste estágio, a maioria dos casais foram mães e pais pela primeira vez, logo, sem experiência de cuidar de bebés. Daí que foi sem surpresa que a estagiária observou alguns comportamentos que dificultavam o processo de ajustamento materno e paterno, tais como: a insegurança, o receio de magoar o bebé, e a incerteza de saberem se estavam a identificar, corretamente, as necessidades do bebé. Constatada esta realidade, foi desenvolvido um plano de ensino sobre os cuidados ao RN, durante o internamento, para apetrechar os pais, com as competências para cuidar eficazmente do seu bebé, e adquirir confiança em si próprios na capacidade de cuidar do seu filho.

Por definição, considera-se que o RN é o bebé até aos 28 dias de vida (Hockenberry, 2006). Como tal, o RN é um ser vulnerável a infeções e patologias, pois o seu sistema imunológico está-se a adaptar ao novo meio. Desta forma, é crítico para a sua saúde e bem-estar, que lhe sejam prestados cuidados eficazes, não só por parte dos profissionais de saúde (com destaque para os enfermeiros), como também por parte dos pais (com destaque para a mãe) (Barreiros [et al.], 2010).

A assistência de enfermagem ao RN começa logo após o seu nascimento, e os cuidados estão divididos em dois tipos: os imediatos e os gerais (Orlandi e Sabrá, 2005). Os cuidados imediatos são os cuidados a ter ainda na sala de partos, para manter a vida do RN e evitar futuras sequelas. Os cuidados gerais são os cuidados durante o período de puerpério, onde a criança se está a adaptar à vida extrauterina, e devem incluir as seguintes intervenções: uma observação cuidadosa, o banho, a alimentação, a profilaxia das infeções, a satisfação das necessidades do bebé, a facilitação do processo de relacionamento materno-infantil, e a instrução materna para a assistência ao bebé. E se os cuidados imediatos são da responsabilidade dos profissionais de saúde, já os cuidados gerais podem e devem ser partilhados entre estes e os progenitores. Daí a importância dos processos formativos destes cuidados às grávidas, por parte do EESMO. Com isso, a futura mãe passa a dispor de competências para

desempenhar melhor, a sua função de cuidadora no período de puerpério (Rodrigues [et al.], 2006). Além disso, os mesmos autores defendem que é primordial que o processo de ensino-aprendizagem seja iniciado ainda durante a gestação, para que possa ser reforçado no pós-parto, durante o período de hospitalização da puérpera e do RN. Tal exige um planeamento, por parte do EESMO, sobre a preparação para a parentalidade, ao nível dos cuidados de saúde primários, para que o ensino promova os cuidados antecipatórios ao RN, incentive o desempenho da função maternal, promova o bem-estar ao RN, e previna problemas de saúde. Ao trabalhar desta forma, o EESMO oferece um suporte informativo à mulher, proporcionando a aquisição de autoconfiança, e de uma resposta comportamental adaptativa relevante, para a eclosão de um parto com tranquilidade. A eficácia na prestação de cuidados ao RN está garantida, porque permite à mulher, ir assimilando, ao longo da gestação, os cuidados que ela deverá realizar no pós-parto ao RN; proporciona-lhe um intervalo maior de tempo para se preparar durante a gravidez; e no pós-parto, dar continuidade à solidificação de conhecimentos. Este acompanhamento pelo EESMO, no período pré-natal, revelou-se muito positivo no momento do internamento das mulheres que o experimentaram, comparativamente com as que não o tiveram. As primeiras já possuíam o conhecimento, e como tal revelaram uma grande eficácia no treino dos cuidados a prestar ao RN. Esse facto, aliado à autoconfiança adquirida de que sendo mães, eram as melhores prestadoras de cuidados aos seus filhos, facilitou em muito o sucesso na aquisição de competências para o exercício da parentalidade.

A grande maioria das puérperas eram primíparas, e com a exceção de dar banho ao bebé, nunca tinham prestado qualquer outro tipo de cuidados, e afirmavam não ter informação para o fazer. Verificou-se que, de entre todos os ensinamentos realizados às puérperas/famílias, os que mais as preocupavam eram os que exigiam competências mais técnicas como: os cuidados ao coto umbilical, a vigilância da evolução do peso, e detetar sinais e sintomas de alarme no RN. A mãe e a família eram consciencializadas para a importância de observar o seu filho atentamente, para verificar se o bebé apresentava esses sinais. A probabilidade do bebé sobreviver e ser saudável é maior, se a mãe conhecer os sinais de perigo (incluindo: febre, coloração da pele ou escleróticas amarelas, recusa alimentar por duas vezes consecutivas, vômitos, diarreia ou diminuição da frequência de dejeções (menos de 2 dejeções em 48 horas), diminuição do débito urinário (sem urina por 18 a 24 horas ou menos de 6 micções por dia), dificuldade respiratória (presença de adejo nasal, cianose), sucção fraca, sonolência ou dificuldade em despertar, choro inconsolável ou contínuo num tom elevado, secreções oculares e a



presença de sinais de infecção do coto umbilical (exsudado, esverdeado ou purulento, com cheiro fétido, calor e rubor na pele periumbilical) (Hockenberry, 2006; NICE, 2006), e souber como obter assistência médica para o bebê, em tempo útil. Para além destes ensinamentos, em que as mulheres se mostravam mais empenhadas em obter conhecimento, as puérperas também foram ensinadas, instruídas e treinadas sobre: a lavagem das mãos antes e após a prestação de cuidados ao RN, o banho ao RN, a mudança da fralda (incluindo as estratégias de prevenção e tratamento do eritema das fraldas), a eliminação intestinal e urinária (tendo sido ensinado aos pais que num RN bem alimentado, se espera a mudança de 6 - 8 fraldas com urina e cerca de 4 dejeções por dia), aos padrões de sono do RN (frequência, estados de alerta), ao padrão de choro (de fome, necessidade de eructar, de mudar a fralda, dor de cólica e de desconforto), e respetivas estratégias para acalmar o RN, à posição para dormir (decúbito lateral ou dorsal, colchão plano e firme, com ligeira elevação na parte superior do corpo), e a questões relacionadas com a segurança do RN, nomeadamente, prevenção de quedas, de asfixia e de queimaduras, prevenção de síndrome de morte súbita no latente e transporte do RN.

A identificação e monitorização do estado do RN é uma das prioridades na prestação de cuidados do EESMO, sendo que os RN's com fatores de risco associados requerem maior vigilância, para detetar sinais de alarme para uma intervenção imediata. No contexto deste estágio, surgiram as seguintes complicações nos RN's: icterícia, palidez, letargia e sonolência, hipo/hipertermia, e deficit de reflexos de sucção e deglutição. Foi também relevante a atenção dada a algumas situações que requeriam maior preocupação, nomeadamente, bebés com baixo peso ao nascer (menos de 2500g), o que pode ocorrer devido a nascimento prematuro (antes de 37 semanas); ou crescimento inadequado no útero, e bebés com mais de 4000g, ambos pelo risco de hipoglicemia. Daí que foi essencial a monitorização da glicemia capilar e vigilância dos sinais de hipoglicemia (agitação, espasmos, letargia, convulsões, cianose, sudorese, e recusa alimentar) nas primeiras 1 a 3 horas após o nascimento (Lowdermilk e Perry, 2008). Perante as situações supradescritas, a estagiária implementou medidas corretivas, quer seja individualmente, quer seja cooperando com a restante equipa de saúde, de forma a reverter as complicações verificadas no RN. Todos os episódios evoluíram positivamente após as intervenções, e não houve necessidade de cuidados adicionais para reverter as situações clínicas.

A icterícia é outro dos problemas fisiológicos do RN identificado no puerpério imediato (entre o segundo e terceiro dia), que surge inicialmente na cabeça e se desenvolve gradualmente para as extremidades (Lowdermilk e Perry, 2008). No

exame físico ao RN, um dos procedimentos privilegiados foi a realização do teste de branqueamento, que ajudava a diferenciar a icterícia cutânea, da cor da pele. Tal como defendem Manuel [et al.] (2011), no decorrer do estágio foram reconhecidos alguns fatores de risco que despertaram a atenção para o possível aparecimento de icterícia, tais como, a história materna de diabetes mellitus, a pré-eclampsia, a retenção da placenta ou membranas fragmentadas, o parto traumático ou distócico, e as dificuldades na amamentação (RN sonolento, mamadas pouco frequentes, dificuldades na pega e bebês prematuros ou pequenos para a IG).

Os bebês nascidos de parto distócico, por ventosa ou fórceps, têm maior risco de apresentar lesões corporais, tais com a bossa sero-hemática, sendo que uma das consequências é a manifestação de dor pelo RN. O sinal comportamental mais comum de dor é o choro de início súbito, de tonalidade mais aguda, sem antecedência de gemidos, com duração aumentada e fase expiratória mais prolongada. A nível motor, o RN responde à dor com a presença de rigidez do tronco e a realização de movimentos de flexão e extensão dos membros (Hockenberry, 2006). No serviço de puerpério, o controlo farmacológico da dor, como a identificada no caso apresentado, é a administração de paracetamol por via oral.

Na prestação de cuidados durante o estágio foram realizadas várias intervenções que vão ao encontro da promoção do aleitamento materno. A amamentação é um processo de ordem fisiológica natural, mas que precisa de ser aprendido, estando o seu sucesso ou insucesso fortemente ligado a fatores comportamentais e sociais. Nesta aprendizagem o EESMO tem um papel fundamental, no apoio à mulher para a adesão e manutenção do aleitamento materno. Todas as puérperas que passaram pelo internamento foram unânimes em concordar com o que é referido por Lissauer e Graham (2003), *“não restam dúvidas que o leite materno é o melhor alimento para os bebês”*, bem como com a opinião de Galvão (2006), que refere que o aleitamento materno parece ter um papel facilitador no estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho. O que a estagiária pôde constatar foi que a amamentação também se destacava do conjunto de cuidados, por ser aquele em relação ao qual as mulheres procuram mais informação. A justificação para isso pode residir no facto de existir uma consciência coletiva, largamente difundida pelas instituições de nascimento e promovida pelos profissionais de saúde, que alertam para os benefícios do leite materno, tanto para a saúde da mãe, como para a saúde do bebé (Nylander, 2006). O leite materno é a forma natural da mãe alimentar o seu filho, como tal, não existe melhor alimento para o bebé. Isto é válido, tanto em termos nutricionais, por o leite materno estar perfeitamente adaptado às necessidades do bebé, como do ponto de vista

imunológico, pois protege a sua saúde como nenhum outro alimento. No início, a secreção mamária é apenas constituída por colostro, produzido nos primeiros dias após o parto, para depois (dentro das primeiras 48 a 72 horas) apresentar todas as características do leite. A este período chama-se, vulgarmente, a “descida do leite” - lactogénese - que pode levar a um aumento de temperatura, e em que a puérpera apresenta os seios túrgidos, pesados e por vezes com a sensação local de formigueiro. Por fim surge o leite maduro, aproximadamente 15 dias após o parto. Em cada um destes períodos, o leite materno apresenta as características mais adequadas ao crescimento da criança. O aleitamento materno também favorece a saúde da mãe e é, obviamente, vantajoso em termos económicos e ecológicos. O vínculo que se forma entre o par de amamentação Mãe/Filho é muito forte, reforçando a afetividade entre ambos. Tanto a mãe como o filho saem desta experiência mais enriquecidos, e com uma maior segurança e auto-estima. Contudo, a falta de informação e apoio prático, levam a que muitas mães, apesar de todas estas vantagens, não consigam superar as dificuldades com que se deparam no decorrer da amamentação (a falta de convicção na capacidade do seu leite poder suprir, eficazmente, as necessidades nutricionais do bebé; o seu cansaço; a sua falta de experiência; a sonolência do bebé; e os mamilos rasos) e esta se torne, em vez de um prazer, uma situação desesperante, o que leva ao abandono precoce da amamentação. Convém frisar que há formas objetivas de avaliar se o leite materno está a alimentar convenientemente o bebé, como sejam: (i) seis ou mais micções por dia; uma ou mais dejeções, moles e amareladas por dia; e (ii) aumento de peso (varia entre 25 e 30gr/dia a partir do 14º dia de vida, varia de acordo com as características da criança).

Não menos importante é, conseguir motivar a mãe para a amamentação mesmo que a quantidade de leite seja pouca. Esta depende de vários fatores, sob o seu controlo, tais como: a ingestão de líquidos, o esvaziamento adequado da mama, a alimentação, o repouso, e o estado emocional.

O ato de amamentar é uma decisão pessoal, que se encontra sujeita a influências exteriores, resultantes da socialização da cada mulher. Assim, torna-se importante que sejam transmitidos conhecimentos, esclarecidas dúvidas, e incentivado o aleitamento materno ainda durante a gravidez, para que se consiga atingir o sucesso na amamentação, na linha do que defende Mendes (1991): “*a grávida deve ser preparada para amamentar*”. Esta intervenção mostrava-se árdua para a estagiária, porque a maioria das puérperas não tinha tido (in)formação prévia, durante o período pré-natal. Foi imperioso enquanto estagiária, conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno durante o internamento. Para alcançar este objetivo foi feita

uma avaliação das necessidades físicas, psicológicas e educacionais da puérpera, de forma a fazer o ajustamento individualizado e personalizado a cada situação. Foi dada particular atenção às crenças e representações da mulher sobre a experiência da maternidade e do aleitamento materno, destacando os seus valores positivos, e desmistificando o que lhes parecia ser negativo (Rodrigues [et al.], 2006).

O que os estudos em Portugal evidenciam, é uma alta incidência do aleitamento materno à nascença, mas uma baixa prevalência a partir do primeiro mês de vida. A prevalência do aleitamento materno, à data da alta da maternidade, é de 97,5%,. (Levy e Bértolo, 2008) mas verifica-se um declínio acentuado nos meses subsequentes, razão pela qual, passou a ser objetivo da estagiária, conceber, planear, implementar e avaliar medidas corretivas ao processo de aleitamento materno.

O EESMO é o profissional que, por excelência, conhece os problemas relacionados com a amamentação que mais comumente surgem. Como tal é o profissional de saúde mais habilitado para os prevenir e/ou detetar precocemente. A estagiária desempenhou um papel decisivo na transmissão de conhecimentos às mães, ajudando-as a ultrapassar algumas dificuldades que as conduzem, na maioria das vezes, ao abandono precoce da prática de amamentar, e que surgem após o estabelecimento da lactação. O período do estabelecimento da lactação que decorreu no internamento no puerpério, ocorreu na maioria das vezes, de forma adequada e sem intercorrências.

As primeiras semanas após o parto são especialmente importantes no estabelecimento da lactação. No decorrer da amamentação poderão surgir algumas complicações/dificuldades com as mamas, que se podem classificar em precoces e tardias (Pereira, 2006). No entanto, em internamento, o EESMO apenas consegue fazer a abordagem às complicações/dificuldades precoces, deixando as outras para um regime de assistência de cuidados continuados. As dificuldades no suporte da amamentação, após a alta da maternidade, refletem a necessidade de se melhorar/criar estruturas de apoio no ambulatório. Daí que, ao sair da maternidade, as mães já devem ter programada uma visita domiciliária por parte do enfermeiro do seu centro de saúde, e o mais precoce possível, uma vez que é nesta fase de adaptação da família aos seus novos papéis, que surgem as dificuldades relativamente a vários aspetos, nomeadamente com a amamentação. Atingir a meta proposta pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010, exige dos profissionais que prestam cuidados às famílias nesta fase do ciclo de vida, um esforço conjugado no sentido de as capacitar a cumprir o seu projeto de amamentação, e de simultaneamente, aumentar a satisfação com que o fazem, sem negligenciar o contexto social e cultural em que se inserem. Foi função da estagiária orientar o

casal para os recursos existentes na comunidade, capazes de dar continuidade ao apoio recebido no internamento, escutar atentamente as suas preocupações, e ser uma fonte de estímulo e incentivo para as mulheres, em prol da superação das dificuldades mais tardias que poderão surgir durante a amamentação.

A amamentação não é um comportamento totalmente instintivo, pelo que a mãe necessita de aprender a técnica correta de amamentar (Saraiva, 2010), bem como a manter a lactação. Isso é válido mesmo em situações em que o processo normal de amamentação se altere. Por exemplo, quando mães e bebés não ficaram juntos devido ao facto dos RN's serem internados na neonatologia, fizeram-se ensinamentos às mães relativos à extração e conservação do leite materno. Um outro exemplo foram os RN's que fizeram fototerapia (por icterícia precoce), casos em que se aconselharam as mães a interromper o tratamento e a dar de mamar.

Uma das dificuldades mais frequentes demonstrada pelas mães na amamentação é a adaptação do RN à mama. Neste âmbito ensinou-se às mães, a importância de promover uma boa pega à mama, por parte do RN (ilustrada pelos seguintes sinais: corpo e cabeça do bebé alinhados; queixo do bebé tocando a mama; boca bem aberta; lábios voltados para fora, especialmente o inferior; mamilo sobre a língua; bochechas arredondadas; pode-se ver mais aréola acima do lábio superior; o bebé suga lentamente; a deglutição pode ser ouvida e/ou vista; e bebé calmo e adaptado à mama). Ensinou-se a puérpera a adotar uma posição em que se sentisse confortável e segura, para manter o bebé nos seus braços pelo tempo que durasse a mamada (sentada ou deitada). Mostrou-se-lhe também como realizar a pega correta e como corrigir o posicionamento do bebé (corpo voltado para o corpo da mãe, tendo o tórax e o abdómen de frente para o peito materno, de forma que o seu rosto estivesse de frente para a mama e a boca no nível e de frente ao mamilo, braço e mãos maternas nos ombros e quadril do bebé; manter a curvatura natural do corpo do bebé, deixando-o livre para movimentar pernas, braços e cabeça). Uma pega correta é importante para o sucesso da amamentação: proporciona uma extração efetiva do leite e o esvaziamento da mama; evita fissuras nos mamilos e zona areolar envolvente; evita a dor durante a mamada; permite que o bebé ingira o leite adequado levando a um aumento do peso e a um desenvolvimento psicomotor apropriado; aumenta a autoestima materna (Pereira, 2004, citada por Saraiva, 2010). A estimulação do bebé também se mostrou ser um fator condicionante da adaptação do bebé à mama, pelo que se instruíram as mães a acordar o bebé antes da mamada, a tocar-lhe nos pés, orelhas e/ou nariz, a mudar-lhe a fralda, a conversar com ele, e a não o deixar muito agasalhado, pois isso favorecia a sonolência (Levy e Bértolo, 2008). Quanto à duração da mamada e à utilização de uma ou as duas mamas, as dúvidas junto das puérperas persistem.

Assim, orientou-se a mãe a oferecer as duas mamas enquanto houver produção de colostro, dado este não alterar a sua composição ao longo da mamada (com o objetivo de estimular a produção de leite nas duas mamas). Após a fase do leite constituído maioritariamente por colostro, o mesmo altera as suas características ao longo da mamada, pelo que se deve orientar a mãe para oferecer uma mama até que se esvazie, e só depois dar a outra, se o bebé ainda não estiver saciado. E isto porque o leite inicial é mais rico em proteínas, lactose e sais minerais, e o leite final contém mais gordura, o que satisfaz as necessidades energéticas da criança (Saraiva, 2010). A mãe deve deixar o RN definir os horários das mamadas, tendo em conta que, no início, o bebé mama frequentemente (cerca de 8 a 12 vezes por dia), diminuindo o número de mamadas à medida que vai conseguindo ingerir mais leite a cada refeição (6 a 10 refeições/dia). Já a duração da mamada varia de acordo com as características da criança, podendo ir de alguns minutos até meia hora ou mais. Para estimular a produção de leite, aconselhou-se a puérpera a amamentar com mais frequência, a favorecer a mamada durante a noite (a libertação de prolactina é superior durante a noite), e a retirar leite sempre que não esteja com o bebé.

A estagiária também procurou consciencializar a puérpera para o facto do comportamento materno ter influência numa amamentação bem sucedida. Além do ambiente calmo, o mais importante é a mãe manter-se calma e disponível para amamentar. Mães ansiosas, nervosas, temerosas, ou ainda, com pouco tempo para amamentar por terem outras tarefas a realizar, em geral passam esse sentimento para o bebé, que por sua vez, manifesta irritação e dificuldade de se acalmar ao seio, interferindo no sucesso da amamentação. Os sentimentos agradáveis, a confiança na sua capacidade de amamentar, e a convicção de que o seu leite é o melhor para o bebé também são importantes para ajudar o leite a fluir (Levy e Bértolo, 2008).

Nas dificuldades precoces surgidas durante este período de estágio, destacam-se as dor e/ou fissuras nos mamilos como as mais frequentes, e o ingurgitamento mamário que ocorreu mais esporadicamente. Foi uma preocupação constante, executar prontamente medidas corretivas desta dificuldade mais frequente da amamentação, que tinha como principal causa uma má pega do bebé enquanto mama, bem como a frequência e a duração inadequadas das mamadas (a causa mais comum de dor nos mamilos é a pega incorreta que pode levar a mãe a amamentar durante menos tempo e/ou com menor frequência).

O ingurgitamento mamário ocorre, normalmente, entre o segundo e o quinto dia pós-parto, embora também possa surgir mais tardiamente. Daí que se ajudaram e informaram as puérperas com este problema, sobre como proceder para o

resolver. As restantes foram alertadas para a eventualidade do surgimento desta dificuldade no domicílio, e para a necessidade de pedirem ajuda ao EESMO da sua unidade de saúde. Relativamente ao ingurgitamento mamário os cuidados de enfermagem foram direcionados para a livre demanda, a boa pega e posicionamento, a massagem da mama no duche e antes de cada mamada, caso a mama apresente tensão e/ou sinais de ingurgitamento, principalmente na região areolar. Daí que se deve esvaziar esta área, manualmente ou com bomba, para diminuir a tensão, e tornar os mamilos flexíveis, o que facilita a tarefa do RN abocanhar o conjunto mamilo-areolar, sugando mais eficazmente (Levy e Bértolo, 2008).

A estagiária ensinou às mães, algumas medidas de prevenção e tratamento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras:

- (i) Colocar a criança numa posição correta (cabeça em linha reta com o corpo, face de frente para o mamilo);
- (ii) Verificar sinais de boa pega do bebé;
- (iii) Não interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente. Se a mãe tiver de interromper, deve colocar um dedo (indicador/mindinho) no ângulo da boca do bebé e pressionar suavemente, ao mesmo tempo que interrompe a sucção e retira o mamilo. Este processo permite eliminar o vácuo criado pela sucção, e dessa forma, evitar a lesão do mamilo. Alguns bebés fazem da mama da mãe uma chupeta, o que pode macerar os mamilos, criar fissuras e levar ao abandono da amamentação (Levy e Bértolo, 2008);
- (iv) Em último caso usar mamilo de silicone, temporariamente, para proteção;
- (v) Usar discos protetores (arejadores) para prevenir a formação de humidade, que contribui para a maceração do mamilo;
- (vi) Usar soutien próprio que suporte adequadamente os seios (próprios para amamentar);
- (vii) Incentivar a mãe a não parar de amamentar o seu filho (desconforto transitório);
- (viii) Na maior parte das vezes, a dor desaparece logo que a pega do bebé é corrigida;
- (ix) Iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso;
- (x) Aplicar uma gota de leite no mamilo e aréola, após o banho (diário) e após cada mamada - facilita a cicatrização (Saraiva, 2010); e
- (xi) A mãe deve expor os mamilos ao ar e ao sol, sempre que possível, no intervalo das mamadas (Feferbaum e Falcão, 2003).

No acompanhamento a todas as puérperas, a estagiária teve sempre comportamentos promotores do aleitamento materno. Só se ofereceu leite

adaptado (ou qualquer outro líquido) com indicação médica. Encorajou-se o aleitamento materno por livre demanda. Aconselharam-se as mães a evitar o uso de chupetas ou bicos artificiais (tetinas ou mamilos de silicone), à exceção de RN's com reflexos débeis, ou mães com mamilos raros ou fissurados.

Explicaram-se aos pais, os aspetos relacionados com a Legislação e os Direitos de Proteção da Maternidade e da Parentalidade, e o reencaminhamento para os gabinetes da segurança social, ou o sítio oficial na internet, para consulta de documentação.

Como já se disse, houve sempre o cuidado de prestar cuidados de enfermagem de orientação para a alta hospitalar; e isto desde que a mulher era admitida no serviço de puerpério. Esses cuidados incluíram aspetos relacionados com a dieta, exercício, vigilância puerperal, sinais de alerta maternos e neonatais, contraceção e atividade sexual.

É inegável que as mulheres têm uma profunda preocupação com os seus bebés, de tal forma que se tornam totalmente mães, em vez de tentar ser, concomitantemente, mães e puérperas que também precisam de cuidados. A estagiária teve com objetivo promover o autocuidado da mulher, durante o período de internamento puerperal. Fê-lo através do ensino, da orientação e da promoção do desenvolvimento das capacidades da puérpera, para que ela pudesse tornar-se independente, e assumir com eficácia o seu autocuidado em domicílio. De entre os vários ensinamentos efetuados às puérperas, destacam-se os seguintes:

- i) ensino sobre o processo de involução uterina, sobre as causas e riscos de atonia uterina. Foram também instruídas e treinadas para a massagem no fundo do útero, como forma de promover a involução uterina e a sua saúde;
- ii) ensino sobre a vigilância da evolução dos lóquios quanto à coloração (Lóquios rubros, Lóquios serosos e Lóquios claros (alba)), saturação (avaliar a perda a partir do número de pensos higiénicos usados) e cheiro. O cheiro dos lóquios: similar ao cheiro do fluxo menstrual normal. A presença de um odor desagradável é normalmente sinal de infeção e o aumento da perda é representativa da necessidade de procurar um profissional de saúde. Tal também deve acontecer no caso de qualquer hemorragia vaginal, febre ou perturbação;
- iii) ensino sobre os sinais de infeção da ferida perineal ou abdominal, e alerta para a importância de se recorrer a um profissional de saúde, no caso da ferida apresentar os sinais inflamatórios descritos às puérperas;
- iv) ensino no âmbito da promoção da saúde e recuperação física das puérperas. Foram incentivadas a fazer exercícios pós-parto e exercícios de kegel, importantes para fortalecer a musculatura pélvica que suporta a bexiga e a uretra, sobretudo



após um parto vaginal, a fim de reduzir o risco de incontinência urinária (Lowdermilk e Perry, 2008);

v) ensino das puérperas e seus familiares para a manifestação de sinais indicativos de *blues* pós-parto e/ou depressão pós-parto. A adaptação entre os pais e o filho, bem como dos outros filhos em relação ao novo bebê, originam contínuas variações emocionais nos intervenientes. Quando a puérpera regressa a casa surgem dificuldades: novas responsabilidades para a mãe, fadiga, sono, adaptação ao horário do RN, que teima em instituir o seu ritmo personalizado, e às vezes diferente da programação idealizada. Nestas circunstâncias são frequentes os episódios depressivos, embora de pouca duração: surgem crises de choro e melancolia (*blues*, depressão, e psicose puerperal). A estagiária realizou ensinamentos à puérpera e seus familiares sobre a sintomatologia mais comum destas patologias, de modo a estarem alerta e atempadamente pedirem ajuda a um profissional especializado. As puérperas foram orientadas/incentivadas a partilhar/expressar com familiares e amigos próximos, os seus sentimentos e inseguranças. Foram também aconselhadas a terem uma alimentação equilibrada e um padrão satisfatório de sono/repouso, a evitar sobrecarregar-se com as tarefas domésticas e os cuidados ao bebê. Lowdermilk e Perry (2008) referem que a depressão pós-parto ocorre em cerca de 10 a 15% das puérperas. Por vezes, nos casos mais graves é necessário instituir tratamento psiquiátrico adequado.

vi) ensino relativo às necessidades dietéticas com o objetivo de prevenir a obstipação e anemia, favorecer a amamentação e a perda de peso, tendo em conta a presença de patologia materna crónica (NICE, 2006).

O período em que a puérpera se encontra hospitalizada é o momento ideal para o EESMO reforçar os aspetos da informação relativa aos recursos disponíveis na comunidade, passíveis de responder às necessidades da puérpera e do RN. Esta continuidade de cuidados de saúde é de extrema importância como garantia de proteção da saúde da puérpera e do seu RN, mas também para promover a decisão/resposta esclarecida às suas necessidades, de modo a poder resolver os problemas diários decorrentes da sua condição de mãe. Manter a comunicação contínua com os serviços assistenciais, é fundamental para garantir a continuidade de cuidados de saúde à puérpera/família/RN. A carta de alta ou a carta de transferência de cuidados de enfermagem, e o fax com a notícia de nascimento que é enviado para o centro de saúde de origem da puérpera, são bons exemplos desta preocupação. É também o momento oportuno para informar do dever de entregar a carta de alta, ou de transferência de cuidados, à equipa de enfermagem do seu centro de saúde. Adicionalmente, há que alertar sobre a necessidade de vigilância de saúde - necessidade de inscrever o bebê no respetivo centro de saúde, para que

se proceda à marcação da primeira consulta de vigilância do desenvolvimento infantil, até aos 28 dias de vida (para continuação do ensino e vigilância da criança e realização de diagnóstico precoce), bem como da consulta de revisão de puerpério entre a quarta e a sexta semana pós-parto. Será nesta consulta de revisão de puerpério, que se confirmará a existência de uma normal involução dos órgãos genitais internos, que se identificará qualquer situação patológica, e que se orientará a puérpera para os métodos de planeamento familiar que podem ser utilizados no pós-parto.

Melo e Filho (1997) afirmam que os métodos de planeamento familiar devem ser discutidos desde o início da gestação e durante o período pré-natal, sendo esta a primeira e mais importante oportunidade de o fazer. No entanto, existe um segundo momento, também ele apropriado para este aconselhamento e fornecimento dos métodos contraceptivos, que é durante o período de internamento do puerpério. Há ainda uma terceira oportunidade, que é na consulta de revisão de puerpério, onde a mulher deve receber atenção integrada para o planeamento familiar. No contexto deste estágio, as intervenções que foram realizadas no segundo momento suprarreferido, tiveram os seguintes objetivos: avaliar o conhecimento da puérpera e do companheiro; reforçar o interesse na consulta de revisão de puerpério, sobretudo se não for do interesse do casal conceber uma nova gestação; e realizar vários ensinamentos de acordo com a avaliação das necessidades individuais da puérpera e companheiro (nomeadamente, sobre a importância de dar um intervalo de cerca de dois anos entre cada gravidez, para que o organismo da mulher tenha tempo de retomar as suas posições anteriores (Cunningham, 1997). Neste sentido, foi primordial realçar a importância dos métodos contraceptivos a utilizar neste período, e a partir de que momento. Durante o estágio constatou-se que algumas utentes não tinham decidido sobre o método contraceptivo no momento da alta, pelo que foram aconselhadas a utilizar preservativo masculino/feminino até à data da consulta de revisão de puerpério. Na sua maioria, as mulheres encontravam-se a amamentar no momento da alta e iam optar pelo preservativo ou pela pílula progestativa. Nesta fase da vida do casal, o campo da sexualidade sofre alterações muito significativas. O EESMO deve informar o casal acerca das mesmas, e salientar a importância de se manter a abstinência sexual até às seis semanas após o parto, promovendo o redirecionamento do desejo sexual para outros afetos, levando em conta as exigências do bebé, as mudanças físicas decorrentes do parto e da amamentação.

Masters e Johnson (1990) cit. por Rezende (1991) analisaram a resposta sexual no pós-parto, e consideram que esta provém, ainda com seis a oito semanas de puerpério, da congestão vascular lenta, em consequência ao estímulo, e limita-

se à turgência da vulva e à lubrificação excessiva e distensão da vagina, ultrapassadas as rugosidades e constrição muscular reduzida. Deste modo, Rice (1990) explica que determinadas mulheres sentem um aumento do interesse sexual, enquanto outras se apresentam menos interessadas.

Durante a amamentação, algumas mulheres possuem uma sensibilidade acrescida; outras sentem-se cansadas pela quantidade de hiperestimulação que esta provoca. Além disso, algumas mulheres experimentam a preocupação pela sua imagem física e pela possível dor durante o ato sexual. Também alguns homens podem ter dificuldade de encarar a sua companheira como parceira sexual e mãe. De modo semelhante, após o impacto de assistirem ao parto, com as transformações que ocorrem nos genitais da mulher, as suas concepções de atração ou desejo podem diminuir. Outro fator que também contribui para as alterações ao nível da sexualidade do casal no pós-parto, pode ser o pouco tempo que têm para si (Rice, 1990).



### **3. CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL DO RECÉM-NASCIDO NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

#### **3.1. INTRODUÇÃO AO PROBLEMA**

Todos os anos, em média, quatro milhões de mortes neonatais ocorrem em todo o mundo. Mais de 99% destas mortes, ocorrem nos países subdesenvolvidos, e quase metade destas crianças morrem de infecção. As infecções do coto umbilical estão entre as principais causas de mortalidade neonatal. A OMS informa que, anualmente, 460.000 das mortes neonatais estão associadas a infecções do coto umbilical, e que ocorrem nos países subdesenvolvidos (WHO, 1998 e Mullany [et al.], 2006).

Esta realidade justifica que se continue a estudar esta temática, com vista, não só a descrever as práticas existentes no cuidado ao coto umbilical do RN, como também para expor a prática mais eficaz.

Ao longo das civilizações o cordão umbilical tem sido envolto numa áurea mística que permanece até aos dias de hoje. Este misticismo resulta da sua conhecida relação com a vida, pela sobrevivência fetal, e da sua reconhecida implicação na morte, enquanto fonte potencialmente infecciosa, na condição de RN. Este risco potencial justificou a necessidade de “cuidar” do coto umbilical desde os tempos mais primórdios.

Após a secção do cordão umbilical, agora coto umbilical, é o primeiro local do RN a ser colonizado por bactérias e que pode eventualmente levar a infecções neonatais (Oishi [et al.], 2004). Esta colonização é influenciada principalmente pelo tipo de parto, flora materna, prestadores de cuidados e, na eventualidade de necessitar de cuidados diferenciados, pelo local de internamento. E mesmo na ausência destas condicionantes, há que salientar que a base do coto umbilical adquire uma flora muito rica, aquando do nascimento do RN (Nader e Pereira,

2004). O coto umbilical com tecido em processo de desvitalização torna-se um excelente meio de cultura microbiano, e os vasos recentemente trombosados permitem o acesso direto à circulação do RN, o que torna o umbigo numa potencial ameaça de infecções. As infecções de origem umbilical podem ser localizadas (onfalite), ou tornarem-se generalizadas com elevado risco de vida (fascíte necrotizante, peritonite, sépsis, êmbolos sépticos,...) (WHO, 1998).

O diagnóstico de infecção umbilical apresenta, muitas vezes, algumas dificuldades, já que a colonização do coto umbilical nem sempre sugere infecções (Florentino e Gualda, 1998). Os sinais da sua presença em fase inicial são pouco visíveis (um terço dos RN's com sépsis de origem umbilical não apresentam sinais locais), e facilmente confundíveis com outras complicações.

Durante o normal processo de queda do coto umbilical, pequenas quantidades de material mucóide podem-se juntar na superfície de separação. Assim, o risco surge quando estes sinais normais na evolução da cicatrização do coto umbilical mascaram a presença de pus e um coto de aparência húmida, dura e malcheirosa, sinais específicos de infecção. Esta situação retrata a progressão de uma exsudação umbilical para celulite, e posteriormente para fascíte, como um processo inicialmente muito subtil, mas que pode ser rápido, com um curso galopante de sépsis fulminante e falência de órgãos nobres, que colocam em risco a vida do RN (Samuel [et al.], 1994).

De facto identifica-se a existência de dois contextos muito diferentes: o dos países desenvolvidos e o dos países subdesenvolvidos. Nos primeiros a maioria dos nascimentos ocorre em ambientes limpos (hospitais e maternidades), pelo que o risco de infecção está relativamente controlado. Já nos segundos, a maior parte dos nascimentos dão-se nos domicílios, onde é muito mais difícil eliminar as fontes de infecção. Isso, aliado às práticas baseadas na tradição, que ainda se vão realizando nos partos no domicílio e que faz com que possam surgir muitas mais complicações para a saúde do RN.

Daí que o propósito deste estudo seja fazer uma revisão integrativa da literatura, com o intuito de discutir as principais práticas para cuidar o coto umbilical do RN no sentido de contribuir para a prevenção das infecções, com enfoque nas evidências atuais.

## **3.2. MÉTODO**

A revisão integrativa da literatura é um método que, em virtude da sua abordagem metodológica, permite a inclusão de métodos diversos, na identificação

de artigos, o que favorece a compreensão mais completa do fenómeno analisado. Assim, a prática baseada em evidências é uma abordagem que preconiza a utilização de resultados de pesquisas, na prática clínica e na tomada de decisão em enfermagem, sendo a revisão integrativa um dos seus recursos (Whittemore e Knafl, 2005). Permite também apontar lacunas do conhecimento que precisam de ser preenchidas com a realização de novos estudos (Polit e Beck, 2006).

O processo de elaboração de uma revisão integrativa encontra-se bem definido na literatura. No entanto, diferentes autores adotam formas distintas de subdivisão do processo. De uma forma geral, as seis fases do processo de elaboração de uma revisão integrativa são: (i) a elaboração da pergunta de pesquisa; (ii) a procura de evidência existente; (iii) a categorização dos estudos; (iv) a análise crítica dos estudos incluídos; (v) a interpretação e discussão dos resultados; e (vi) a síntese do conhecimento (Mendes [et al.], (2008) e Souza [et al.], (2010) e (Whittemore e Knafl, 2005).

Assim, a pergunta de pesquisa desta revisão integrativa da literatura é a seguinte: quais são as evidências científicas disponíveis, relativas aos cuidados do coto umbilical do RN para a prevenção de infeções?

De seguida, descrever-se-ão as estratégias seguidas na procura da evidência existente. As fontes de evidência a que se recorreu foram as publicações indexadas em bases de dados científicas. Pela sua representatividade na área da saúde, selecionaram-se as seguintes bases de dados: MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, e Cochrane Database of Systematic Reviews, através da plataforma EBSCO host. Além destas, também se recorreu a dois serviços de pesquisa: a SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), e o Google Académico (Google Scholar).

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que retratassem a problemática referente à revisão integrativa e artigos publicados e indexados nas referidas bases de dados nos últimos dez anos de janeiro de 2003 a dezembro de 2012.

A partir da pergunta de pesquisa elaboraram-se os seguintes descritores:

“umbilical” AND “cord” AND “care”;

“cordão” OR “coto” AND “umbilical” AND “cuidado” OR “tratamento”;

“cordón” AND “umbilical” AND “cuidado” OR “tratamiento”.

A análise e a interpretação dos dados que se retiraram dos artigos foram discutidos, possibilitando apresentar os resultados com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre a problemática em estudo.

### 3.3. RESULTADOS

Dos 159 artigos em inglês, 17 artigos encontravam-se repetidos; 134 artigos foram rejeitados pelo título e/ou por estarem relacionados com outras áreas do saber; 2 artigos foram rejeitados pela leitura do resumo. Em síntese, apenas 6 artigos em inglês foram incluídos nesta revisão da literatura, todos eles, artigos originais, mais concretamente, cinco ensaios clínicos randomizados e um inquérito transversal. Com a utilização do termo de pesquisa em português, foram obtidos 23 artigos, todos eles, rejeitados pelo título e/ou por estarem relacionados com outras áreas do saber. Com a utilização do termo de pesquisa em espanhol foram seleccionados 12 artigos, 11 deles rejeitados pelo título ou por estarem relacionados com outras áreas do conhecimento.

Como resultado final da pesquisa efetuada, obtiveram-se 7 artigos para análise detalhada, 6 deles relatando os resultados de ensaios clínicos randomizados.

A classificação do nível de evidência permite a compreensão do valor da informação apresentada sobre a questão em estudo. Dos vários esquemas disponíveis, refere-se a estrutura hierárquica, mais frequentemente representada por uma pirâmide, (Levin [et al.], 2007). Craig e Smyth (2004) referem que esta hierarquia de evidência apenas se aplica a questões sobre a eficácia de terapias ou intervenções, que é o caso desta revisão integrativa.

Segundo a Duke University Medical Library (2005,) cit.por Levin [et al.], (2007) o nível mais alto de evidência (nível I) está no topo da pirâmide, e é caracterizado pela mais forte relevância das provas, para a situação clínica em estudo. O nível mais baixo de evidência (nível VI) está na base da pirâmide, e caracteriza-se por estudos descritivos simples, onde se enquadra o estudo de Alam [et al.] (2008). Já o nível II deriva de ensaios clínicos, que no caso desta revisão integrativa são os ensaios clínicos randomizados conduzidos por: Mullany [et al.] (2006, 2009), Covas [et al.] (2011), Suliman [et al.] (2010), Aghamohammadi [et al.] (2012), e Erenel [et al.] (2010).

Este facto é relevante, pois, segundo Craig e Smyth (2004), quando se procura evidência sobre a eficácia de intervenções, o processo de amostragem aleatório proporciona o mais alto grau de evidência. Quando se afetam os sujeitos, de forma aleatória, aos grupos de intervenção e de controlo, é mais provável que as diferenças observadas entre ambos os grupos, se devam à intervenção, e não a outros fatores externos. Ainda segundo os mesmos autores, os dois grupos devem ser semelhantes, independentemente da intervenção, para poder atribuir qualquer diferença no resultado entre os grupos, a essa mesma intervenção.



Na tabela 1 é realizada a análise dos artigos selecionados para esta revisão integrativa, especificando a informação referente ao seu nível de evidência, aos autores, ao ano de publicação, à fonte, ao país, ao objetivo, à abordagem metodológica, aos resultados, e às conclusões alcançadas pelos autores.



Tabela 1 – Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa

Autor (Ano)	Publicação País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E
Mullany et al. 2006	<p>Artigo <b>“Topical applications of chlorhexidine to the umbilical cord for prevention of omphalitis and neonatal mortality in southern Nepal: a community-based, cluster-randomised trial”</b></p> <p><u>Publicado</u> na revista científica “BMC Pediatrics”</p> <p><u>Obtido</u> via Cochrane Database of Systematic Reviews</p> <p><u>País:</u> Nepal</p>	<p>Avaliar a taxa de mortalidade e a frequência da onfalite nos primeiros 28 dias de vida do RN, consoante o tipo de tratamento efetuado ao coto umbilical:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. clorexidina, c/ aplicação em, pelo menos, 7 vezes em 10 dias;</li> <li>2. água e sabão e secagem natural</li> <li>3. secagem natural (sem cuidados ao coto umbilical).</li> </ol>	<p><b>Ensaio clínico randomizado</b></p> <p>Estudo comparativo longitudinal: 18 de novembro de 2002 a 8 de março de 2005</p> <p>Numa área de estudo de 413 comunidades rurais foram constituídos aleatoriamente 3 grupos de RN (n=15033), que foram sujeitos a 3 tipos de tratamentos diferentes ao coto umbilical:</p> <p>Grupo 1 (n=4934) – grupo de cuidados ao coto umbilical com clorexidina, c/ aplicação em, pelo menos, 7 vezes em 10 dias</p> <p>Grupo 2 (n=5017) – grupo de cuidados ao coto umbilical</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A frequência de onfalite foi reduzida significativamente no grupo 1.</li> <li>- A frequência da onfalite grave no grupo 1 foi reduzida em 75% comparativamente ao grupo 3.</li> <li>- A mortalidade neonatal foi 24% menor no grupo 1 relativamente ao grupo 3.</li> <li>- Os cuidados ao coto umbilical com clorexidina a 4%, nas primeiras 24 h de vida do RN, reduzem a mortalidade em 34% e o risco de infeção em 87% comparativamente ao grupo 3</li> <li>- A aplicação de clorexidina a 4% o mais rapidamente possível após o nascimento, mostrou-se eficaz na prevenção da onfalite grave</li> </ul>	<p>Os cuidados ao coto umbilical com clorexidina a 4% têm efeitos significativos na redução da taxa de mortalidade e da frequência da onfalite nos primeiros 28 dias de vida do RN.</p> <p>O tempo de demora para a prestação de cuidados ao coto umbilical com clorexidina é um fator importante na redução da frequência da onfalite e da redução da taxa de mortalidade neonatal (quanto antes se aplicar a clorexidina, melhores os resultados).</p>	II

Autor (Ano)	Publicação País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E
			<p>com água e sabão</p> <p>Grupo 3 (n=5082) – grupo de coto umbilical limpo e seco</p> <p>As gestantes foram sujeitas a ações da promoção para a saúde neonatal</p> <p>A intervenção avaliativa dos grupos foi feita em períodos previamente definidos, relativamente ao registo de mortes neonatais, e aos sinais de infeção do coto umbilical: pus, vermelhidão e inchaço.</p>	<p>- O grupo 2 não reduziu o risco de onfalite e de mortalidade</p> <p>- Constatou-se que nos RN que receberam 4 aplicações de clorexidina, o risco de mortalidade reduziu-se 24% relativamente aos coto umbilical ao ar e o risco de infeção ao coto umbilical baixou 34%.</p>		
Alam et al. 2008	Artigo “ <b>Newborn umbilical cord and skin care in Sylhet District, Bangladesh: implications for</b>	Descobrir as práticas utilizadas pelas mulheres (mães e outras familiares próximas), de uma	<p><b>Inquérito transversal</b></p> <p>Estudo realizado com entrevistas e questionários às mulheres, e</p>	<p>- 90% dos partos ocorreram em domicílio</p> <p>- Em 56,9% dos casos foi a mãe que cortou o coto umbilical</p>	Grande parte dos cuidados ao RN nesta região rural do Bangladesh não se realizam através de práticas limpas (incluindo os cuidados ao coto	VI

Autor (Ano)	Publicação País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E
	<p><b>the promotion of umbilical cord cleansing with topical chlorhexidine"</b></p> <p>Publicado na revista científica "Journal of Perinatology"</p> <p>Obtido via Cochrane Database of Systematic Reviews</p> <p>País: Bangladesh</p>	<p>região rural do Bangladesh, em relação aos cuidados ao coto umbilical.</p> <p>Este ponto de situação foi necessário como uma etapa prévia a um outro estudo, este já experimental, para avaliar os benefícios da clorexidina nos cuidados ao coto umbilical (ver próximo resumo)</p>	<p>observação das suas práticas de cuidados ao coto umbilical, após o nascimento do RN.</p> <p>Realizado entre setembro e novembro de 2006</p> <p>410 inquiridas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em 64,2% dos casos, o instrumento de corte não foi esterilizado; e em 44,2% dos casos, o material de clampe também não foi esterilizado</li> <li>- 94,6% dos RN tomaram banho a seguir ao nascimento</li> <li>- 89,5% dos RN foram massajados com óleo tradicional (<i>mustard oil</i>), e em 24% dos RN, esse óleo foi aplicado também no coto umbilical</li> </ul>	<p>umbilical).</p> <p>Daí que será necessário fazer intervenções educativas na comunidade, como pré-requisito à introdução dessas práticas limpas, como seja a limpeza do coto umbilical com clorexidina a 4% (ver próximo resumo).</p>	
Mullany et al. 2009	<p>Artigo <b>"Impact of 4.0% chlorhexidine cleansing of the umbilical cord on mortality and omphalitis among</b></p>	<p>Avaliar a taxa de mortalidade e a frequência da onfalite nos primeiros 28 dias de vida do RN, consoante o tipo de tratamento</p>	<p><b>Ensaio clínico randomizado</b></p> <p>Estudo comparativo longitudinal entre meados de 2007 e finais de 2009</p> <p>Todos os bebés nascidos nos 22</p>	<p>- As crianças que receberam uma única limpeza com clorexidina tiveram 20% menos probabilidade de morrer em comparação com as crianças que receberam os cuidados com o cordão</p>	<p>A limpeza do cordão umbilical com clorexidina é uma intervenção simples, segura e eficaz. A implementação em larga escala desta intervenção com cobertura universal tem o potencial de evitar o</p>	II

Autor (Ano)	Publicação País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E
	<p><b>newborns of Sylhet, Bangladesh: design of a community-based cluster randomized trial"</b></p> <p><u>Publicado</u> na revista científica "BMC Pediatrics"</p> <p><u>Obtido</u> via Cochrane Database of Systematic Reviews</p> <p><u>País:</u> Bangladesh</p>	<p>efetuado ao coto umbilical:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. várias aplicações de clorexidina em 7 dias de vida;</li> <li>2. uma única limpeza do coto umbilical com clorexidina 4%; e</li> <li>3. secagem natural.</li> </ol>	<p>estados pertencentes a área em estudo (n=25000 RN). Os RN foram aleatoriamente distribuídos por 3 grupos que foram sujeitos a 3 tipos de tratamentos diferentes ao coto umbilical:</p> <p>Grupo 1 – grupo de RN que recebeu uma aplicação de clorexidina a 4% tão cedo quanto possível após o nascimento, seguida de várias aplicações durante os primeiros 7 dias de vida.</p> <p>Grupo 2 – grupo de RN que recebeu uma única aplicação de clorexidina a 4% tão cedo quanto possível após o nascimento.</p>	<p>umbilical padrão seco.</p> <p>- As reduções na mortalidade não foram estatisticamente significativas entre o grupo de limpeza de 7 dias em relação ao cuidado a seco, mas aqueles tiveram menos sinais de infecção do cordão umbilical.</p>	<p>número estimado de meio milhão de mortes neonatais por ano.</p>	

Autor (Ano)	Publicação País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E
			<p>Grupo 3 – grupo de RN em que o coto umbilical é mantido limpo e seco, tal como é recomendado pela OMS</p> <p>As gestantes foram sujeitas a ações da promoção para a saúde neonatal.</p> <p>A intervenção avaliativa dos grupos foi feita em períodos previamente definidos, relativamente ao registo de mortes neonatais, e aos sinais de infeção do coto umbilical: pus, vermelhidão e inchaço.</p>			
Covas et al. 2011	Artigo “ <b>Higiene del cordón umbilical con alcohol</b> ”	Objetivo principal: Comparar a eficácia de secagem natural do	<b>Ensaio clínico randomizado</b> Estudo comparativo longitudinal: 10 de	- Há diferenças estatisticamente significativas na frequência de colonização de acordo	A limpeza do coto umbilical com álcool a 70% reduz a taxa de colonização bacteriana intra-hospitalar,	II

Autor (Ano)	Publicação País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E
	<p><b>comparado con secado natural y baño antes de su caída, en recién nacidos de término: ensayo clínico controlado aleatorizado</b></p> <p><u>Publicado</u> na revista científica "Archivos Argentinos de Pediatría"</p> <p><u>Obtido</u> via SCIELO</p> <p><u>País:</u> Argentina</p>	<p>coto umbilical com a prática habitual do uso do álcool a 70%, na redução do tempo da queda do cordão umbilical e na incidência na taxa de infecções no RN.</p> <p>Objetivos secundários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparar a incidência de infecção na pele do umbigo;</li> <li>- Comparar a taxa de colonização bacteriana intra-hospitalar;</li> <li>- Avaliar o grau de satisfação dos pais, em relação aos cuidados prestados ao coto umbilical dos 2 grupos de RN.</li> </ul>	<p>Abril a 30 de Setembro de 2011.</p> <p>RN a termo (<math>\geq 37</math> semanas de gestação) atendidos no Serviço de Neonatologia do Hospital Privado del Sur (n= 362 RN). Os RN selecionados para o estudo foram atribuídos a um de dois os grupos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grupo de estudo (n= 181 RN) - foi recomendada limpeza do coto umbilical diária com água e sabão neutro, bem como secagem natural;</li> <li>2. Grupo de controle (n= 181 RN) - foi recomendado que se fizesse a desinfecção com álcool a 70%, em cada troca de fraldas</li> </ol>	<p>com o cuidado prestado. O Grupo de Estudo apresenta uma frequência de colonização maior do que a observada no grupo de controle. (47% versus 33%).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não houve diferenças estatisticamente significativas na frequência de infecção entre os 2 grupos. Na amostra global (362 RN) houve 39 (10,8%) casos confirmados de infecção do coto umbilical, e 130 (35,9%) casos de provável infecção da pele.</li> <li>- O tempo de queda do coto umbilical foi maior no grupo de controle: mediana de 7 dias vs. 6 dias no grupo de estudo.</li> <li>- Não houve diferenças estatisticamente significativas na satisfação dos pais entre os 2 grupos. Na amostra global (362 RN) mais de 90% dos pais</li> </ul>	<p>em relação ao banho e secagem natural do coto umbilical, mas atrasa ligeiramente o processo de queda do coto umbilical. No entanto, ambas as práticas têm o mesmo nível de eficácia na prevenção de infecções, tanto do coto umbilical, como da pele da base do umbigo (principalmente em instituições que têm um atendimento neonatal especializado, se em paralelo os pais, no acompanhamento do RN, seguirem com rigor as recomendações feitas pelos profissionais de saúde).</p>	



Autor (Ano)	Publicação País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E
			e após o banho, e 2 dias após a sua queda.	relataram estar satisfeitos com o tipo de cuidados prestados.		
Suliman et al. 2010	Artigo <b>“Triple Dye Plus Rubbing Alcohol Versus Triple Dye Alone for Umbilical Cord Care”</b>  <u>Publicado</u> na revista científica “Clinical Pediatrics”  <u>Obtido</u> via Cochrane Database of Systematic Reviews  <u>País:</u> EUA	Avaliar o tempo de queda do coto umbilical, a frequência de complicações no RN, e a taxa utilização dos cuidados de saúde pelo RN, consoante o tipo de tratamento efetuado ao coto umbilical: 1. corante triplo (verde brilhante, violeta de genciana, e hemissulfato de proflavina); e 2. corante triplo combinado com a aplicação de álcool (isopropílico); (ambos aplicados duas vezes por	<b>Ensaio clínico randomizado</b> Estudo comparativo longitudinal: 10 de fevereiro a 27 de setembro de 2006. 90 RN a termo, numa maternidade dos EUA, foram randomizados em dois grupos, consoante os tratamentos ao coto umbilical descritos na coluna anterior.	- Para os 90 RN que completaram o estudo, 46 (51,1%) receberam o tratamento combinado e 44 (48,9%) receberam apenas o corante triplo. O tempo médio de queda do coto umbilical, no grupo de tratamento combinado, foi de 16,6 dias, o que não foi significativamente diferente (em termos estatísticos), da média de 15,6 dias no grupo que recebeu apenas o corante triplo.  - Relativamente à frequência de complicações no RN e à taxa utilização dos cuidados de saúde pelo RN, devidos ao coto umbilical, não houve diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos (nem nas	Como a adição do álcool ao corante triplo não traz benefícios terapêuticos ao tratamento do coto umbilical, e até atrasa ligeiramente a queda do mesmo (além de encarecer os cuidados pela adição desse mesmo álcool), os profissionais de saúde devem deixar de incentivar a sua utilização, por parte dos cuidadores informais, após a alta hospitalar.	II

Autor (Ano)	Publicação País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E
		dia).		consultas presenciais, nem nos contactos por telefone). - Na aparência física do coto umbilical, os resultados obtidos foram semelhantes em ambos os grupos, e isto no que diz respeito ao odor, ao rubor e à vermelhidão.		
Aghamohammadi et al. 2012	Artigo <b>“Comparing the Effect of Topical Application of Human Milk and Dry Cord Care on Umbilical Cord Separation Time in Healthy Newborn Infants”</b>  Publicado na revista científica “Iranian Journal of Pediatrics”  Obtido via	Avaliar o tempo de queda do coto umbilical, consoante o tipo de tratamento efetuado ao mesmo: 1. aplicação tópica de leite humano; e 2. secagem natural.	<b>Ensaio clínico randomizado</b> Estudo comparativo longitudinal ao longo de 2010. Amostra deste estudo foi constituída por 130 RN que foram colocados aleatoriamente em dois grupos: Grupo 1 – aplicação tópica de leite humano no coto umbilical; e Grupo 2 - o coto umbilical é mantido	- O tempo médio da queda do coto umbilical no grupo 1 foi significativamente menor (mediana de 6,3 dias) do que no grupo 2 (mediana de 7,5 dias).	As características desinfetantes e imunológicas do leite materno, quando aplicado de forma tópica ao coto umbilical, trazem benefícios ao seu tratamento, quer seja porque aceleram a sua queda, quer seja porque reduzem o seu tempo de cicatrização.  Além disso, o leite humano pode ser usado como um modo fácil, barato e não invasivo no cuidado ao coto umbilical.	II

Autor (Ano)	Publicação País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E
	Cochrane Database of Systematic Reviews  País: Irão		limpo e seco.			
Erenel et al. 2010	Artigo “ <b>Comparison of Olive Oil and Dry-Clean Keeping Methods in Umbilical Cord Care as Microbiological</b> ”  <u>Publicado</u> na revista científica “Maternal & Child Health Journal”  <u>Obtido</u> via Cochrane Database of Systematic Reviews	Avaliar a proliferação de micro-organismos no coto umbilical, consoante o tipo de tratamento efetuado ao mesmo: 1. limpeza com azeite; e 2. secagem natural.	<b>Ensaio clínico randomizado</b> Estudo comparativo longitudinal ao longo de 2008 Amostra deste estudo foi constituída por 150 mulheres, mães de RN de termo, sem anomalias e com peso superior a 2500gr. Selecionadas aleatoriamente para 2 grupos (75 mães em cada um): Grupo 1- aplicação de azeite no coto umbilical; e Grupo2 - o coto	- Ao nível do crescimento dos micro-organismos do coto umbilical, no grupo 1 houve um crescimento de 35,9% enquanto no grupo 2 o crescimento foi só de 33,3%, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa. - O tempo médio da queda do coto umbilical no grupo 1 foi de 9,1 dias e no grupo 2 foi de 9,8 dias, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa. - No entanto, essa diferença passa a ser estatisticamente significativa, ao medir a percentagem de RN cujo coto umbilical já tinha	Nenhum dos RN desenvolveu infeção. Não houve diferenças no crescimento de bactérias no coto umbilical entre os dois grupos. As bactérias que mais se detetaram nas amostras foram por esta ordem: staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus e E. coli. Como não houve diferença entre os 2 grupos, prova-se que não houve aumento do risco de infeção, pelo que se pode continuar a utilizar o azeite (uma prática tradicional na Turquia), p/ cuidar o coto umbilical.	II

Autor (Ano)	Publicação País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E
	<u>País</u> : Turquia		umbilical é mantido limpo e seco.	caído, ao 10º dia após o nascimento - no grupo 1 foram 71,6% dos RN, enquanto no grupo 2 foram só 55,6% dos RN.		

### 3.4. DISCUSSÃO

Resumidos todos os artigos resultantes de revisão integrativa da literatura, procedeu-se à interpretação, análise e discussão dos seus resultados, para dar resposta à pergunta de investigação. Salienta-se que dos seis artigos científicos incluídos na revisão integrativa cinco são relativos a investigações levadas a cabo em países em vias de desenvolvimento, e apenas um é relativo a um país desenvolvido, mais concretamente ao Canadá.

O cuidado ao coto umbilical na prática dos profissionais de saúde, também denominado de tratamento ao coto umbilical, é um procedimento que se reveste de carácter preventivo, contra potenciais infeções. Segundo a WHO (1998), em décadas anteriores e nos países ocidentais (os atuais países desenvolvidos), milhares de crianças morriam por ano, em decorrência de infeções umbilicais, inclusive de tétano neonatal, e de infeção sistémica relacionada com a colonização/infeção bacteriana do umbigo. Os índices de infeções mantinham-se elevados, o que fez com que a comunidade científica se movesse no sentido de estabelecer técnicas que prevenissem tais ocorrências.

Em relação ao tétano neonatal, conseguiu-se uma redução drástica da sua incidência, através da utilização de várias técnicas, como sejam: a administração do toxoide tetânico à grávida, o recurso ao chamado parto limpo e o uso de assepsia no corte do cordão e cuidados posteriores do coto umbilical.

As infeções bacterianas do coto umbilical tornaram-se raras a partir do início do século XX (nos países desenvolvidos). Mas apesar disso, na década de 40, assistiu-se a um retrocesso, pois estas infeções foram a causa primária de morte neonatal nesses mesmos países (Pezzati [et al.], 2002). Tal facto esteve relacionado com a mudança das rotinas nas maternidades. Como forma de agilizar os cuidados ao RN, estes passaram a ser separados das mães e internados nos berçários, o que conduziu a um aumento acentuado de infeções nosocomiais e infeções cruzadas entre os lactentes, acentuando novamente, as infeções neonatais, nomeadamente, a onfalite e sépsis (WHO, 1998). O principal agente infeccioso detetado foi o estafilococo aureus e o umbigo foi identificado como o seu mais importante reservatório (Gillepie [et al.], 1958). Este facto impulsionou a utilização profilática de antissépticos/antimicrobianos tópicos, aplicados ao coto umbilical, na tentativa de “esterilizar” o umbigo, e dessa forma, prevenir infeções. Essa prática preventiva acabou por se perpetuar até aos dias de hoje (Pezzati [et al.], 2002) orientando os profissionais de saúde, principalmente no mundo ocidental,

para a utilização indiscriminada de antissépticos/antimicrobianos tópicos profiláticos, com a intenção de reduzir a taxa de colonização, e consequentemente, o risco de infecções.

Todavia, há opiniões que contestam esta conduta, ao afirmarem que no atual contexto dos cuidados obstétricos, dos países ocidentais, a necessidade de aplicar antissépticos/antimicrobianos no tratamento ao coto não está legitimada (Zupan e Aahmnan, 2005). A WHO (1998) refere que não há ainda uma resposta cabal para a questão de quais são os melhores cuidados para o coto umbilical. Se a isso juntarmos que a aplicação de antissépticos modifica a flora da pele do RN, podendo conduzir à emergência de estirpes resistentes (Overturf e Marcy, 1995), (WHO, 1998), (Perapoch [et al.], 1993). Fica então a questão: será que a utilização de antissépticos, por rotina, é mesmo necessária ou eficaz? (Walker, 1999).

Apesar de se poder afirmar em consciência, que estamos perante uma realidade contextual onde a taxa de incidência de infecções no coto umbilical é muito baixa, tal como a taxa de mortalidade neonatal decorrente desta complicação (menos de 1%), isso não é razão para desinvestir da investigação nesta área. A investigação científica caracteriza-se pela busca incessante pela melhor evidência científica, que se traduza nos melhores cuidados a prestar ao coto umbilical.

Relembrando o que já foi dito na introdução deste relatório, a leitura dos vários artigos encontrados, permitiu identificar um outro contexto a nível mundial, com uma realidade bem distinta da que foi suprarreferida. Estamos a falar dos países em desenvolvimento, como é o caso do Nepal, Bangladesh, Turquia, Irão e Argentina. O progresso que marcou as últimas décadas dos países desenvolvidos, não foi extensível a estes países, ou seja, estes últimos não tiveram muitos progressos na redução de mortes neonatais nos últimos 10 a 15 anos.

Da revisão integrativa efetuada constatou-se isso mesmo: que a maior parte dos ensaios de intervenções neonatais, neste início de século, concentram-se em dirigir os esforços para a redução das mortes de RN's, nos países onde se registam as maiores taxas de mortalidade neonatal.

A investigação científica que se faz no mundo ocidental tem alguma dificuldade de aplicação em realidades sociais diferentes, como é o caso dos países em desenvolvimento. Nos países em desenvolvimento, convivem as práticas relativamente modernas, desempenhadas por profissionais qualificados, com os procedimentos ancestrais realizados por leigos. Daí que não se pode cortar com estes últimos procedimentos de forma radical, sob pena de não conseguir conquistar os cuidadores informais para a prática de cuidados ao coto umbilical mais efetivas. Este equilíbrio de práticas requer uma certa capacidade de

negociação, por parte dos profissionais de saúde, e até mesmo, por parte dos investigadores.

Mas passemos então, à interpretação e discussão dos resultados da revisão integrativa da literatura.

O artigo de Aghamohammadi [et al] (2012) e o artigo de Erenel [et al.] (2010) são ambos relativos a investigações que incidem em cuidados ao coto umbilical baseados nas tradições locais, do Irão e da Turquia, respetivamente. No Irão é prática comum a aplicação de leite humano no coto umbilical. Os autores chegaram à conclusão de que a aplicação de leite humano reduz o tempo de demora na queda do coto umbilical, comparativamente com a secagem natural (manter o coto umbilical limpo e seco). Por outras palavras, as características desinfetantes e imunológicas do leite materno, quando aplicado de forma tópica ao coto umbilical, trazem benefícios ao seu tratamento, quer seja porque aceleram a sua queda, quer seja porque reduzem o seu tempo de cicatrização. Além disso, o leite humano pode ser usado como um modo fácil, barato e não invasivo no cuidado ao coto umbilical que não põe em causa a saúde do RN e, como tal, pode ser incentivado o seu uso pelos cuidadores leigos.

O artigo desenvolvido a partir de uma investigação na Turquia prova mais uma vez que há práticas tradicionais que devem ser aceites e respeitadas pela comunidade científica. Estes autores aplicaram uma prática muito comum de tratamento do coto umbilical, que é a aplicação de azeite nos cuidados ao coto umbilical. Depois, procuraram saber se esta técnica favorecia a proliferação de micro-organismos no coto umbilical, comparativamente com a técnica da lavagem com a água e sabão e, posterior secagem natural. Os autores chegaram à conclusão que não houve diferenças no crescimento de bactérias no coto umbilical, entre os dois grupos, ou seja, a aplicação do azeite não acarreta nenhum risco de infeção para o RN.

Concluindo, estes investigadores referem que não se devem aplicar cegamente as recomendações da OMS - limpeza do coto umbilical com água e sabão, mantendo-o de seguida limpo e seco, idealmente ao ar, o máximo de tempo possível (tratamento de secagem natural). Referem ainda que deve ser investigada a eficácia das práticas tradicionais de cada região, antes de as condenar ou incentivar.

O estudo das práticas tradicionais revela respeito dos investigadores/profissionais de saúde pelos saberes populares. Estes profissionais ficam com mais conhecimento e melhor preparados para abordar e intervir nas comunidades (maior empatia para com o utente), e os próprios cuidadores

informais ficam mais recetivos a novas práticas mais eficazes, fruto dos avanços da investigação.

Os restantes artigos analisados abordam a aplicação de produtos químicos para a realização dos cuidados ao coto umbilical. Estes, abaixo referidos, são apenas alguns dos muitos antissépticos/antimicrobianos que ao longo dos anos têm sido referenciados pela OMS. Daí que, se torna pertinente fazer uma breve descrição dos mecanismos de ação dos produtos químicos no âmbito dos artigos seleccionados, antes de continuar a sua discussão. Assim, descrever-se-ão o álcool a 70%, a Clorexidina a 4% e o Corante triplo.

O álcool a 70%: é uma solução que permite um menor crescimento bacteriano devido à sua grande ação contra bactérias gram-positivas e gram-negativas (Dávila [et al.], 2007). Porém, não atua em bactérias sobre a forma de esporos, e a sua atuação sobre células vegetativas é desconhecida. Não possui ação prolongada no tratamento do coto umbilical. É um produto de fácil acesso e económico, mas tem um efeito antibacteriano menor que os outros antimicrobianos. Além disso, a limpeza com álcool não é recomendada, pois retarda a cicatrização e secagem do coto umbilical (WHO, 1998).

A clorexidina a 4%: é uma solução bactericida que atua fortemente sobre as bactérias gram-positivas e sobre as células vegetativas com efeito prolongado e ação eficaz. Todavia, não atua tão eficazmente sobre as bactérias gram-negativas, nem sobre as formas de bactérias esporuladas. Possui um efeito antimicrobiano maior do que as outras soluções, como o álcool a 70% e a iodopovidona a 5%. No entanto, retarda a queda do coto umbilical (Dávila [et al.], 2007) e possui uma baixa toxicidade para o RN, tendo um custo monetário elevado, o que dificulta o seu acesso (WHO, 1998).

O corante triplo: é uma combinação de verde brilhante (0,2%), hemissulfato (0,1%) e violeta genciana (0,1%). Este é bacteriostática contra bactérias gram-positivas, mas menos eficaz contra as bactérias gram-negativas. É fungicida, mas tem uma atividade viricida fraca, tendo como vantagem - um efeito antibacteriano prolongado, após uma única aplicação (WHO, 1998). O triplo corante também é eficaz na redução da colonização por estreptococos áureos. Um dos componentes do corante triplo tem sido associado a reações cutâneas necróticas em RN's.

A partir da década de 1990, começaram então a surgir opiniões afirmando não existir necessidade de aplicar nenhum tratamento ao coto umbilical - basta lavá-lo com água e sabão, mantendo-o limpo e seco de seguida (idealmente ao ar, o máximo de tempo possível). Uma revisão sistemática de estudos científicos, realizada por Zupan e Garner (2000), na Cochrane, permitiu concluir que a opinião



comum dos autores destes estudos é que com este tratamento de secagem natural do coto umbilical se reduz o risco de infecção e se facilita a sua queda.

Se nos países desenvolvidos, a utilidade da desinfecção do coto umbilical já foi questionada, nos países em desenvolvimento não há dúvidas que a desinfecção do coto umbilical é importante, tanto na prevenção de problemas de saúde no RN, como na prevenção da mortalidade neonatal. O coto umbilical é rapidamente colonizável e pode-se infectar, causando onfalite e/ou sepsis.

Nos artigos incluídos na revisão integrativa que abordam a aplicação de produtos químicos, a mais-valia passa não só por comprovar a eficácia dos agentes utilizados, mas sobretudo por apurar a relação entre a frequência de utilização do agente escolhido e a sua eficácia contra as infecções do coto umbilical. Pois, convém aqui realçar que a OMS não dá indicação quanto à frequência com que deve ser feita a utilização do produto escolhido para o cuidado ao coto umbilical.

Um estudo realizado na comunidade do Nepal por Mullany [et al.] (2006), envolvendo 15.033 RN's, mostrou que a aplicação de clorexidina a 4%, no coto umbilical, foi benéfica. Os RN's foram distribuídos em três grupos: um grupo foi submetido à aplicação de clorexidina a 4%; outro grupo à lavagem do coto umbilical com água e sabão seguido de secagem natural e um outro grupo com secagem natural, ou seja, sem cuidados ao coto umbilical. A um grupo com 4.934 RN's foi aplicada a clorexidina a 4% no coto umbilical, pelo menos, 7 vezes em 10 dias. Depois de efetuada uma comparação com o grupo da secagem natural (sem cuidados ao coto umbilical), verificou-se uma diminuição de 75% na frequência de onfalite, e de 24% na mortalidade. Os autores deste artigo do Nepal acabaram por decidir realizar um outro estudo mais abrangente, com uma outra amostra maior (25000 RN's), desta vez no Bangladesh (Mullany [et al.], 2009), não só para comprovar os resultados obtidos, como também, para testar uma nova hipótese, que consistia em verificar a eficácia da aplicação da clorexidina a 4%, uma única vez, tão cedo quanto possível após o nascimento.

Passando então, à análise do artigo do Bangladesh, os 25000 RN's foram distribuídos em 3 grupos:

1. várias aplicações de clorexidina a 4% em 7 dias de vida;
2. uma única limpeza do coto umbilical com clorexidina a 4%;
3. lavagem com água e sabão seguida de secagem natural.

Os objetivos principais deste estudo consistiam em avaliar a taxa de mortalidade e a frequência da onfalite nos primeiros 28 dias de vida do RN, consoante o tipo de tratamento efetuado ao coto umbilical. A redução na mortalidade dos RN não foi estatisticamente significativa entre o grupo de limpeza do coto umbilical com clorexidina a 4% durante 7 dias em relação à lavagem com

água e sabão com secagem natural. Mas grupo de RN's em que foi submetido à limpeza do coto umbilical com clorexidina a 4% durante 7 dias teve menos sinais de infecção do coto umbilical.

As crianças que receberam uma única limpeza com clorexidina a 4% após a secção do cordão umbilical tiveram menos 20% de mortalidade, em comparação com os RN's que receberam os cuidados com o coto umbilical padrão (secagem natural).

Ainda em relação ao artigo anterior, convém referir que os autores tiveram necessidade de fazer um ponto de situação prévio (entre setembro e novembro de 2006), para descobrir as práticas de cuidados ao coto umbilical, realizadas pelas mulheres da região estudada no Bangladesh. Assim, Alam [et al.] (2008) conduziram entrevistas e questionários a 410 mulheres, tendo concluído que a grande parte dos cuidados ao RN, nesta região rural do Bangladesh, não se realizavam através de práticas limpas (incluindo os cuidados ao coto umbilical). Eis alguns dos dados que os autores obtiveram:

- 90% dos partos ocorreram em domicílio;
- Em 56,9% dos casos foi a mãe que cortou o coto umbilical;
- Em 64,2% dos casos, o instrumento de corte não foi esterilizado; e em 44,2% dos casos, o material de clampe também não foi esterilizado;
- 94,6% dos RN tomaram banho a seguir ao nascimento;
- 89,5% dos RN foram massajados com óleo tradicional (mustard oil), e em 24% dos RN, esse óleo foi aplicado também no coto umbilical.

Com este inquérito transversal, os autores provaram que seria necessário fazer intervenções educativas nesta comunidade, como pré-requisito à introdução dessas práticas limpas, como seja a limpeza do coto umbilical com clorexidina a 4%

Na SCIELO encontra-se artigos mais próximos da realidade portuguesa. A partir dessa base de dados chegou-se a um estudo realizado na Argentina, que comparou a eficácia de secagem natural do coto umbilical, com a prática habitual do uso do álcool a 70%, utilizando dois padrões avaliativos: redução de tempo na queda do coto umbilical, e a incidência na taxa de infeções (Covas [et al.], 2011). Assim, os autores randomizaram 181 RN's para o grupo de estudo, no qual foi recomendada a limpeza do coto umbilical diária com água e sabão neutro, bem como a secagem natural; e outros 181 RN's para o grupo de controlo, no qual foi recomendado que se fizesse a desinfecção com álcool a 70%, em cada troca de fraldas e após o banho, e 2 dias após a queda do coto umbilical. Terminada a experiência, os autores concluíram que a limpeza do coto umbilical, com álcool a 70%, reduziu a taxa de colonização bacteriana intra-hospitalar, em relação à limpeza com água e sabão e secagem natural do coto umbilical, mas atrasou

ligeiramente o processo de queda do coto umbilical. No entanto, ambas as práticas tiveram o mesmo nível de eficácia na prevenção de infecções do coto umbilical. Assim é natural que tenha havido esta semelhança na eficácia de ambos os cuidados, pois o estudo foi conduzido num ambiente hospitalar, ou seja, um ambiente limpo. Além disso, este hospital privado tinha um atendimento neonatal especializado, dando particular atenção à formação que ministrava aos pais, no sentido destes fazerem um acompanhamento rigoroso do RN, no controlo das fontes de infeção.

Por outras palavras, se esta experiência tivesse decorrido em algum dos países em desenvolvimento já referidos (Irão, Nepal, Bangladesh), com a maioria dos partos a ocorrerem no domicílio, a limpeza com álcool a 70% teria sido mais eficaz, na redução de infeções, do que a secagem natural.

Esta afirmação volta a remeter-nos para a dualidade de contextos que existem no mundo atual, com os países em desenvolvimento a explorarem cuidados/tratamentos ao coto umbilical, que já foram amplamente abordados no mundo ocidental. Ou seja, se em países subdesenvolvidos se conseguirem ganhos de eficácia com a utilização do álcool e seus derivados, nos países ocidentais já se questiona a utilidade do álcool na prevenção de complicações no coto umbilical do RN.

Um estudo desenvolvido nos EUA, comparou a utilização do corante triplo com e sem a adição de álcool (Suliman [et al.], 2010). O objetivo deste estudo consistiu em avaliar o tempo de queda do coto umbilical e a frequência de complicações no RN, consoante o tipo de tratamento efetuado ao coto umbilical:

1. corante triplo (verde brilhante, violeta de genciana, e hemissulfato de proflavina);
  2. corante triplo combinado com a aplicação de álcool (isopropílico);
- (ambos aplicados duas vezes por dia).

Os autores concluíram não haver vantagem nenhuma na adição do álcool ao corante triplo, ou seja, como a adição do álcool ao corante triplo não traz benefícios terapêuticos ao tratamento do coto umbilical, e até atrasa ligeiramente a queda do mesmo (além de encarecer os cuidados pela adição desse mesmo álcool), os profissionais de saúde devem deixar de incentivar a sua utilização, por parte dos cuidadores informais, após a alta hospitalar.

### **3.5. CONCLUSÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA**

A constatação a que se chegou com esta revisão integrativa foi que, em pleno século XXI, existem duas realidades bem distintas, ao nível dos cuidados

prestados ao coto umbilical do RN. Os países em vias de desenvolvimento apresentam um nível educacional e social onde impera uma cultura intergeracional, onde as práticas de cuidados ao coto umbilical se transmitem de geração em geração. Ou seja, a maior parte dos nascimentos ocorre em domicílio, são realizados por cuidadores informais, que não só desconhecem a evidência científica, como valorizam muito os conhecimentos das gerações precedentes.

Ao contrário, no mundo ocidental e por norma, os partos são assistidos por profissionais de saúde, com formação específica para o efeito, e habituados a valorizar a prática baseada na evidência.

Esta diferença de referências faz com que existam maiores riscos de complicações durante e após o parto, nos países subdesenvolvidos, como aliás, a comunidade científica tem referido. Por outras palavras, concluiu-se que os elevados índices de infeções no coto umbilical têm como causa principal, as práticas tradicionais nos cuidados que se prestam ao mesmo.

No entanto, foi curioso constatar, através dos artigos incluídos nesta revisão integrativa, que começa a haver um interesse, ainda que discreto, por parte dos investigadores, em avaliar a eficácia de algumas práticas tradicionais, utilizadas pelas comunidades dos países em vias de desenvolvimento. Foi o caso da aplicação do azeite e do leite humano na limpeza do coto umbilical, em regiões da Turquia e do Irão, respetivamente (Erenal [et al.], 2010; Aghamohammadi [et al.], 2012). Esses dois artigos chegaram a conclusões interessantes, pois tanto uma técnica, como a outra não se mostraram nocivas para a viabilidade cicatricial do coto umbilical, antes pelo contrário. Se ponderarmos sobre os resultados obtidos com estas duas práticas, concluímos que uma posição radical e impositiva não se justifica, pois estamos perante saberes que podem ser aproveitados e melhorados (ex.: prática de uma técnica limpa na sua execução). Além disso, são cuidados com um custo muito baixo, e sem a implicação do desgaste humano na mudança de práticas e crenças muito enraizadas e de difícil eliminação.

Baseado no exposto pela revisão integrativa, conclui-se que a melhor recomendação de cuidado ao coto umbilical, tanto nos países desenvolvidos, como nos subdesenvolvidos, consiste em fazer a sua higiene com uma substância bacteriostática. O objetivo é o de diminuir a colonização por germes patogénicos e, consequentemente evitar a infeção do coto umbilical. Aliás, no seguimento do que refere a WHO (1998), o risco de contaminação e posterior infeção diminui com o passar do tempo, devido ao processo de mumificação e cicatrização do coto umbilical. Este facto foi confirmado por um estudo realizado no Bangladesh, que quanto mais cedo for aplicado o agente, mais eficaz é o seu efeito (Mullany [et al.], 2009)

Nos países desenvolvidos as opiniões divergem sobre o melhor tratamento no cuidado do coto umbilical (WHO, 1998). Por isso coexistem atualmente uma variedade de cuidados ao coto umbilical, na forma de antissépticos, com a finalidade de garantir a boa viabilidade cicatricial do mesmo. No entanto, não há indicação precisa sobre qual é o mais eficaz, quanto ao objetivo principal - ser profilático no controlo dos agentes patogénicos, e facilitador da secagem, da desidratação e da queda (WHO, 1998).

Alguns antissépticos são amplamente utilizados, como o álcool por exemplo. Contudo, não existe unanimidade sobre a sua utilização indiscriminada. O álcool é efetivo na diminuição do crescimento bacteriano, mas retarda a secagem e a queda do coto umbilical (WHO, 1998). O corante triplo é efetivo para determinadas bactérias, mas não para outras. A clorexidina possui propriedades com grandes potencialidades, mas tem um custo elevado. Estas vantagens e desvantagens ocorrem com todos os agentes antissépticos utilizados no tratamento do coto umbilical.

Devido às desvantagens suprarreferidas, a WHO (1998) optou por desaconselhar a utilização de antissépticos, defendendo que o método da secagem natural (manter o cordão limpo e seco) parece ser tão efetivo e seguro como usar antibióticos ou antissépticos. No entanto, e apesar destas orientações reunirem algum consenso nos profissionais de saúde, a cessação dos cuidados do cordão com antibacterianos tópicos, deve ser acompanhada por uma atenção aos sinais e sintomas iniciais de onfalite (Janss [et al.], 2003). Ou seja, o prestador de cuidados, ao deixar a instituição de parto, tem que ser capaz de desempenhar funções de vigilante de eventuais complicações no processo de cicatrização do coto umbilical, e responder prontamente com a procura de cuidados de saúde. Ora, se este comportamento é expectável numa sociedade desenvolvida, o mesmo já não se poderá assumir num meio rural, como são os que predominam nos países subdesenvolvidos. Daí que a autora deste relatório volta a enfatizar a dicotomia entre os dois contextos mundiais, no que diz respeito aos cuidados ao coto umbilical, e já tem algumas reservas em acreditar que a recomendação da secagem natural seja igualmente válida para os países subdesenvolvidos.

No final desta revisão integrativa da literatura a autora sugere para eventuais trabalhos futuros a realização de estudos no sentido de compreender as práticas de cuidados realizadas ao coto umbilical do RN em Portugal tendo subjacente diferentes etnias, nomeadamente a cigana.



#### **4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE**

No decorrer deste percurso formativo vivenciaram-se experiências e situações nas áreas de intervenção profissional do EESMO, que permitiram à estagiária desenvolver e adquirir as competências preconizadas pelo plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Conforme consta no Estatuto da OE (2009) *“O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”*.

Este percurso formativo proporcionou a vivência de diversas experiências de atuação prática (três contextos de estágios), o que levou a um processo de análise crítico-reflexiva, dinamizando a aquisição de saberes técnicos, científicos e humanos, que por sua vez, permitiram aumentar a competência e a qualidade da prática assistencial na área de intervenção profissional do EESMO (Gravidez, Trabalho de Parto e Parto, e Pós-parto). A reflexão sistemática com base nas evidências científicas mais recentes, representou uma atividade permanente no sentido de suportar as decisões tomadas, com vista à promoção da saúde da mulher, família e criança. A prática baseada na evidência permite reconhecer que existem algumas inconsistências relativamente ao preconizado a nível teórico, nas práticas do EESMO, pelo que a análise crítico reflexiva contínua é fundamental.

O processo de autoformação envolve a capacidade de analisar as próprias necessidades de formação e concretizá-las, de forma a aumentar a competência e a qualidade da prática de cuidados em enfermagem. Para a estagiária, refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica, foi uma preocupação constante ao longo de todo este percurso formativo.

A prestação de cuidados insere-se numa multiplicidade de fenómenos e acontecimentos, e especificamente na área de especialização em Saúde Materna e Obstetrícia, constitui um enorme desafio para os enfermeiros. O EESMO deve

fomentar um ambiente facilitador da relação terapêutica, alicerçado no respeito pelos princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional.

O exercício profissional de Enfermagem rege-se por um conjunto de direitos e deveres consignados na lei, os quais estão previstos no Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), e no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE). De acordo com o artigo 79.º do Estatuto da OE (2009), e no que diz respeito aos deveres deontológicos, é reconhecido ao enfermeiro, o dever de *“Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega (...)”*. Dispõe também o artigo 81.º do mesmo diploma legal (2009) que *“O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de: cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso; (...); abster-se de juízos de valor (...); respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”*. Tal enunciado legal é ainda complementado com a referência prevista nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2001), a qual dispõe que *“(...) o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”*.

Por sua vez, o REPE (1998), no artigo 8.º (Capítulo IV), preceitua que o enfermeiro no âmbito do seu exercício profissional deverá *“(...) adotar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos do cidadão”*. Como assinala Vieira (2009, p. 108), *“o compromisso dos enfermeiros para com os cidadãos em geral se fundamenta nos seus direitos”*, sendo a dignidade humana o princípio basilar de todos os outros.

Em suma, todos estes princípios éticos e deontológicos assumem-se como um imperativo para a boa prática de enfermagem, e neles está implícita uma retificação da ação, devendo ser, segundo Ribeiro (2008, p. 10) *“(...) o primeiro quadro de referência para a excelência”*.

Todas as atividades realizadas, incluindo o projeto de estágio implicaram a mobilização de diversos conhecimentos e competências adquiridas ao longo do curso. Assim foi necessário recorrer às áreas da investigação em: ciências da enfermagem, obstetrícia, psicologia da gravidez e maternidade, ciências sociais, farmacologia e monitorização biofísica fetal.



Desde o início do estágio, a aquisição e desenvolvimento das competências específicas foram sustentados Diretiva Comunitária transposta para o direito interno, Artigo 37.º do Decreto-lei n.º 16/2009 de 4 de Março, a obtenção do título de EESMO, pressupõe a verificação de aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna obstetrícia e ginecológica. No ensino prático e clínico, o estudante deve realizar 40 partos, no mínimo, salvo se o número de parturientes for reduzido (nestas circunstâncias, este número pode ser reduzido para 30, na condição de o estudante participar ativamente, para além destes 30, em mais 20 partos). Se atentarmos ao gráfico 1 (complementado pela informação do Anexo II), pode-se afirmar que esta competência foi atingida.

**Figura 1 - Número de partos realizados e participados**



A estagiária teve a oportunidade de vivenciar situações muito diversificadas, acompanhando um grande número de mulheres grávidas com complicações, mulheres em trabalho de parto, puérperas e assistência ao RN, em situações normais e de risco. Essa diversidade contribui para alcançar as competências preconizadas pelo curso de mestrado.

Tendo em conta as condições presentes no referido documento, considera-se que as competências necessárias à prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, trabalho de parto e parto e pós-parto foram atingidas com sucesso

Apesar de todos os períodos de estágio terem possibilitado a aquisição e o desenvolvimento das competências profissionais do EESMO, foi no estágio do Bloco de Partos que o enorme potencial da enfermagem de saúde materna e obstetrícia se evidenciou. O parto é uma das experiências mais emocionantes da

vida da mulher e do homem, representando um desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade.

O grau de exigência nas competências técnico-científicas do EESMO, no contexto do bloco de partos, é bem evidente. Basta atentarmos ao grande número de normas e protocolos documentados no serviço, que refletem bem o grau de complexidade e de exigência dos cuidados prestados nesta área. Mas este desafio não deve limitar-se apenas ao nível do saber fazer, mas também e principalmente, abranger o nível de saber ser e estar, de modo a promover a humanização dos cuidados, para que o nível de cuidados especializados atinja a qualidade desejada.

As recomendações da OMS para a necessidade de mudar algumas práticas relativas ao acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto, têm vindo a motivar os EESMO para a análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas, bem como para o reconhecimento da mulher como protagonista do seu processo de parir, evitando intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares, e adequando a sua intervenção às necessidades, desejos, cultura, crenças e valores do casal.

Para uma assistência adequada à parturiente/acompanhante, um dos aspetos importantes é seguir o princípio básico da obstetrícia: *obstare*, que significa estar ao lado. Ao lado, mas com o outro, ou seja, individualizar e qualificar o atendimento (evitando intervenções desnecessárias e adotando condutas que beneficiem o bem-estar da tríade), logo, humanizá-lo. Procurar potenciar a confiança das mulheres na sua capacidade de parir. Neste sentido, o EESMO contribui para a recuperação da intimidade e da naturalidade inerente ao ato de parir e nascer, tornando estes momentos, vividos pelo casal, como a continuação de um ato de amor iniciado pelo mesmo.

Para a entidade de acolhimento (CHSJ), espera-se que a realização deste estágio também tenha trazido benefícios. Por vezes, é necessário um contributo externo, uma atuação efetuada sob uma nova perspetiva, para permitir a reflexão dos profissionais mais experientes, mas também mais renitentes à mudança. Além disso, a estagiária tentou sempre partilhar com a equipa de serviço, não só os resultados da pesquisa bibliográfica realizada para o desenvolvimento deste projeto de estágio, como também os conhecimentos e evidências mais recentes adquiridas durante o MESMO. Foi gratificante constatar que, aos poucos, se conseguiram mobilizar estratégias para introduzir pequenas alterações e aperfeiçoamentos à prestação de cuidados à parturiente.

Outra etapa que se destacou da realização deste relatório prende-se com a necessidade de integrar conhecimentos teóricos de investigação em enfermagem, com a problematização de uma temática de interesse para a prática do EESMO.

Foi neste contexto que se enquadrou a revisão integrativa da literatura. Recordo que a escolha do tema desta revisão integrativa da literatura – cuidados ao coto umbilical do RN – prendeu-se com a constatação de que poucos enfermeiros seguiam as diretrizes da OMS, no que diz respeito aos cuidados ao coto umbilical ou seja, privilegiar o método de secagem natural. Sendo a OMS uma entidade tão credível, esse comportamento parecia estranho, e ao mesmo tempo despertou na estagiária, a curiosidade de investigar este tema mais a fundo. Estas foram algumas das perguntas que nortearam esta revisão bibliográfica: Que outras técnicas existem para cuidar do coto umbilical? Quais as suas vantagens e desvantagens? Desde quando se utilizam? Agora que a mesma está concluída conseguiu-se perceber o porquê dos comportamentos destes enfermeiros. Porquê mudar a sua prática (baseada no uso de antissépticos), se ela tem apenas 1% de insucesso. No entanto, a OMS, sempre em busca da excelência dos cuidados, vê nesse 1% uma oportunidade de melhoria.

A grande constatação a que se chegou com esta revisão integrativa foi que, em pleno século XXI, existem duas realidades bem distintas, ao nível do grau de sucesso dos cuidados prestados ao coto umbilical, a dos países em vias de desenvolvimento, e a dos países desenvolvidos. Nos países em vias de desenvolvimento, a maior parte dos nascimentos ocorre em domicílio, e são realizados por cuidadores informais, que não só desconhecem a evidência científica, como valorizam as práticas tradicionais nos cuidados que se prestam ao coto umbilical. Ao contrário, no mundo ocidental e por norma, os partos são assistidos por profissionais de saúde, com formação específica para o efeito, e habituados a valorizar a prática baseada na evidência. Pelo que é compreensível a constatação a que se chegou: nos países em vias de desenvolvimento existem elevados índices de infeções no coto umbilical. A OMS informa que, anualmente, 460.000 das mortes neonatais estão associadas a infeções do cordão umbilical, e que ocorrem nos países subdesenvolvidos (WHO, 1998 e Mullany [et al.], 2006).

Baseado no exposto pela revisão integrativa, conclui-se que a melhor recomendação de cuidado ao coto umbilical, nos países em vias de desenvolvimento consiste em fazer a sua higiene com uma substância bacteriostática. O objetivo é o de diminuir a colonização por germes patogénicos e, consequentemente evitar a infeção do coto umbilical. Começa a evidenciar-se o interesse por intervir junto destas comunidades, não pela imposição do conhecimento ocidental, mas melhorando as suas práticas tradicionais, que em alguns casos investigados, se mostravam eficazes nos cuidados ao coto umbilical e no controlo da sua infeção.

Relativamente à situação atual nos países desenvolvidos, mais concretamente à utilização dos antissépticos nos cuidados ao coto umbilical (nomeadamente o álcool a 70%), a OMS chama a atenção que, para além de algumas desvantagens que este método de tratamento apresenta, comparativamente com o método de secagem natural (p.e., aumento do tempo de queda do coto umbilical), a utilização dos antissépticos está a conduzir a estirpes resistentes, que poderão ter consequências negativas no futuro, para a saúde do RN.

Para concluir esta análise crítico-reflexiva do percurso deste estágio profissional, e analisando os objetivos de estágio previamente delineados, pode afirmar-se que foram atingidas as competências definidas como essenciais à prática de cuidados especializados à mulher e família na gravidez, trabalho de parto e parto e puerpério.

## CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório constituiu-se como um momento de reflexão sobre o caminho percorrido, e procura ser o reflexo do desempenho demonstrado ao longo de todo o processo deste estágio de natureza profissional.

Ao fazer uma análise retrospectiva da trajetória percorrida ao longo de todo este período formativo, considera-se que a estratégia empreendida no compromisso na autoformação, foi essencial para o cumprimento dos objetivos propostos no plano de estudos do curso do MESMO. Esses objetivos visavam a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes a área dos cuidados específicos do EESMO. A autoformação revelou-se um instrumento valioso no processo de construção contínua da dimensão do saber ser, saber estar e saber fazer em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. A manutenção e o aperfeiçoamento dos níveis de competência do EESMO advêm da motivação para a autoformação, da reflexão que este realiza sobre as experiências e aprendizagens individuais, e dos que o rodeiam, assim como da análise crítica dos conteúdos teóricos e científicos. A integração das evidências mais recentes da literatura constituem a pedra basilar para alcançar a excelência dos cuidados específicos do EESMO, no contexto do seu exercício profissional. O recurso contínuo à evidência científica foi fundamental para a estagiária adquirir e desenvolver novas competências, sobre como cuidar da mulher durante os períodos de gravidez, parto e puerpério.

A exigência do estágio profissional, ao propor o desenvolvimento do seu processo através de uma metodologia assente na investigação e na reflexão, na e sobre a prática, deu o mote para que se iniciasse o processo de construção de identidade profissional do futuro EESMO. A integração da componente de investigação neste relatório de estágio é um requisito de importância inquestionável, pois constituiu-se como uma mais-valia para o exercício profissional do EESMO, servindo de fio condutor para a Excelência do Cuidar. Segundo a OE (2006) a Investigação em Enfermagem é *“um processo sistemático, científico e*

*rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades".* A investigação (prática baseada na evidência) é o pilar da sustentação da prática do EESMO, que envolve a explícita e criteriosa tomada de decisão sobre a assistência, assente no consenso das evidências mais relevantes, respondendo às necessidades da mulher grávida (incluindo com complicações, à parturiente, e a puérpera e ao RN de baixo risco).

A revisão integrativa da literatura constitui-se como uma forma de dar resposta à exigência do curso, tendo sido produzida numa área de interesse dos cuidados especializados do EESMO, mas também se revestiu de um grande interesse para a estagiária, porque lhe permitiu desenvolver competências essenciais à sua boa execução, nomeadamente: saber como obter artigos científicos, como interpretar e integrar as evidências oriundas de pesquisas, para auxiliar a tomada de decisão. Para além de que lhe deu uma grande satisfação poder experienciar o esclarecimento de dúvidas sistemáticas, como expressão nas práticas quotidianas do EESMO, por via credível e científica.

Tendo em conta os factos anteriormente expostos, pode concluir-se que os objetivos elaborados para a realização deste relatório foram atingidos na sua plenitude, na medida em que a descrição das atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências do EESMO, bem como a realização da revisão integrativa, constituíram a forma de sistematizar o projeto individual de estágio.

Em jeito de conclusão crê-se ter atingido, de uma forma global, o desafio a que a estagiária se propôs, encarando a evolução da sua aprendizagem de um modo gradual e favorável, vincada pela dedicação e empenho, cujos contributos adquiridos certamente se farão sentir num futuro próximo.

Permitiu o crescimento pessoal e profissional, bem como a progressão no processo académico e profissional, no âmbito da aquisição de competência como EESMO.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AASHEIM, V. [et al.]. - Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *The Cocharane Library*, 2012.
- ABADE, L. [et al.] - *Contacto Pele-a-pele: Que Contributos para a Termorregulação*. Mealhada: Congresso Vulnerabilidade na Gravidez e no Pós-parto, 2010.
- ALFIREVIC, Z.; DEVANE, D.; GYTE, GML. - Continuous cardiotocografy (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Dtabse of sistematic Reviews.Oxford: Update Software*. 2010.
- ALMEIDA, E. A.; FILHO, J. M. - O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev. Ciênc. Méd.* Vol. 13, nº 4, 2004, pp. 381-388.
- ARMELLINI C.; LUZ A. - Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Vol. 3, nº 24, 2003, pp. 305-315.
- ASKIN, D. F. - Complications in the transition from fetal to neonatal life. *J Obstect Gynecol Neonatal Nurs*. Vol. 31, nº 3, 2002, pp. 318-27.
- BANDURA, A. - Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behaviour*., Vol. 32, nº 2, 2004, pp. 143-164.
- BARREIROS, L. L.; NOGUEIRA, N. B.; CONCEIÇÃO, M. A., CARDOSO, W. M., ROMEIRO, T. Q.; DORFEY, E. S. - Cuidados de Enfermagem ao Recém-Nascido: Uma Revisão Literária. In *WebArtigos.com*. [Consult. 16 jan. 2013] Disponível na Internet: «URL:

<http://www.webartigos.com/articles/45544/1/cuidados-de-enfermagem-ao-recem-nascido-uma-revisao-literaria/pagina1.html>.

- BENNER, P.; WRUBEL, J. - *The primacy of caring: stress and illness*. NewYork: s.n., 1989.
- BOBAK E, LOWDERMILK, L. D.; PERRY, S. - *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BOLUMAR, F. [et al.]. - Smoking and drinking habits before and during pregnancy in Spanish women. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 48, nº1, 1994, pp. 36-40.
- BRANDÃO, S. - *Envolvimento emocional do pai com o bebé: Impacto da experiência de parto*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Universidade do Porto, 2009. Tese de Mestrado.
- BRÜGGEMANN, O.; PARPINELLI, M.; OSIS, M. - Evidence on support during labor and delivery: a literature review. *Cadernos de saúde pública* [Em linha]. Vol. 21, nº5 (Set./Out. 2005), pp.1316-1328. [Consult. 14 Nov. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.direct.bl.uk>. ISSN 0102-311X.
- CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO N.; RODRIGUES, T. - *Protocolos de Medicina Materno-fetal*. 2ª Edição. Lisboa: Lidel, 2008.
- CANÁRIO, R. *Educação de Adultos. Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa, 1999
- CANAVARRO, M. C. - *Psicología da gravidez e da maternidade*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto, 2006.
- CARON; O. A. F.; SILVA, I. A. - Parturiente e equipe obstétrica: A difícil arte da comunicação. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 4, nº 10, Julho-Agosto de 2002, pp. 485-92.
- CARRARO, T. [et al.] - O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. *Texto Contexto Enfermagem*. Vol. 3, nº 17, Julho-Setembro de 2008, pp. 502-509.
- CARVALHO, M. L. M. - Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19, supl.2, 2003, pp. 389-398.



- CEPÊDA, T.; BRITO, I.; HEITOR, M.J. – *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais*. Lisboa: DGS, 2006
- CLARK, S. L. [et al.]. - Oxytocin: new perspectives on an old drug. *Am J Obstet Gynecol*. Vol. 200, nº 35.e1-35.e6, 2009.
- COUTO, G. R. - Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 14, nº 2, Março-Abril de 2006, , pp. 190-198.
- CRAIG, J. V.; SMYTH, R. I. - *Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2004.
- CUNHA, A. A. - Indução de trabalho de parto com feto vivo. *Feminina*. Vol. 38, nº 9, Setembro de 2010.
- CUNNINGHAM F. [et al.]. – *Obstetrícia*. 20ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1997.
- DÁVILA, G. R. [et al.]. Cuidados del cordón umbilical: efecto de três soluciones antissépticas (gluconato de clorhexidina al 4%, alcohol al 70% yodopovidona al 5%) sobre La colonización bacteriana, infección y sepración del munon umbilical. *Revista Peruana de Pediatría*. Vol. 60, nº 2, 2007, pp. 81-87.
- DAVIM, R. [et al.] - Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. Vol. 3, nº 10, 2008, pp. 600-609.
- DECRETO-LEI nº 16/09. D.R. I Série. Nº 44 (04-03-29), p. 1466-1530.
- DIXON, L.; FOUREUR, M. – The vaginal examination during labour: Is it of The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? *New Zealand College of Midwives Journal*, Vol. 42, nº 21-26, 2010.
- ESEP – Regulamentos de Segundo ciclo de estudos. Porto: s.n., 2010.
- FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. - Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. Vol.28, nº 3, 2006, pp.171-178.
- FAME - “*Iniciativa Parto Natural: Documento de consenso*”. Barcelona, 2008.

- FEFERBAUM, R.; FALCÃO, M. – *Nutrição do Recém-nascido*. São Paulo: Atheneu, 2003
- FIGUEIREDO, B. - Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade. Soares (org.). *Trajectórias (in)adaptadas de desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto Editora, 2000.
- FIGUEIREDO, B. - Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões desenvolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la salud/Internacional Journal of Clinical and Health Psychology* Vol. 3. nº 3, 2003, pp. 521-538.
- FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. - Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise psicológica*. Vol. 2 (XX), 2002, pp. 203-217.
- FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. - Construindo o Conceito de Competência. *Revista de administração Contemporânea*. Edição Especial, Vols. 183-196, 2001.
- FLORENTINO, L. C.; GUALDA, D. M. R. - Cuidado de coto umbilical: estudo comparativo do uso de três tipos de soluções. *Revista paulista de enfermagem*. 1/3, 1998, Vol. 17, p. 4659.
- FRÓIS, D.; FIGUEIREDO, H. - *Atitudes terapêuticas não farmacológicas no alívio da dor*. Núcleo de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia do HSTV, SA. Viseu: s.n., 2004.
- GALVÃO, D. *Amamentação bem-sucedida: Alguns fatores determinantes*. Loures: Lusociência, 2006.
- GILLEPIE, W. [et al.] - Staphylococcal infection in a maternity hospital: epidemiology and control. *Lancet*. Vol. 2, 1958, pp. 1075-80.
- GRAÇA, L. M. - *Medicina materno-fetal I*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2000.
- GRAÇA, L. M. - *Medicina materno-fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2005.
- GRAÇA, L. M. - *Medicina materno-fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010.

- GRANT A. - The choice of suture materials and techniques for repair of perineal trauma: an overview of the evidence from controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol*. Vol. 96,nº6, 1989, pp. 1281-9.
- GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G.J.; SMYTH, R. M. D. - Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The cocharane Library*, 2009.
- HOCKENBERRY, M. J. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier Ltda, 2006.
- HOFMEYR, G. J.; BELFORT, M. - Proteinúria as a predictor of complications of pre-eclampsia. *BMC Medicine*. Vol. 7, nº 11, 2009.
- ICSI - *Institute for Clinical Systems Improvement*. 2007. p. 72.
- JANSS, P. [et al.] - To dye or not to dye: A randomized, clinical trial of a triple dye/alcohol regimen versus dry cord care. *Pediatrics*. Vol. 111, 2003, pp. 15-20.
- KATTWINKEL, J. [et al.] - Part 15: Neonatal Resuscitation 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. Vols. 122, nº S909-S919, 2010.
- KENNER C. - *Enfermagem neonatal*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.
- LAMAZE INTERNATIONAL - Instituto Lamaze para o parto normal [Consult. 04 Jan. 2013]. Disponível na Internet: «URL:<http://www.lamaze.org>». 2003.
- LAMAZE INTERNATIONAL – Lamaze International Strategic Plan: 2008-2010. Lamaze International 2008. [Consultado a 10 de Janeiro]. Disponível em: <http://www.lamaze.org/Portals/0/All%20Programs/2008-2010-Lamaze-Strategic-Plan.pdf>.
- LAWRENCE, A. [et al.] – Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of systematic Reviews*. Issue 2, 2009
- LEVIN, R.; SINGLETON, J.; JACOBS, S. - Developing and evaluating clinal practice guidelines: a systematic approach. [ed.] Springer Publihing Company. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*, 2007.

- LEVY, L.; BÉRTOLO, H. - *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008.
- LIMA, M. A. C.; CASSIANI, S. H. B. - Pensamento Crítico: Um Enfoque na Educação de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 8, nº 1, 2000, pp. 23-30.
- LIMA, Y. M. S.; MOURA M. A. V. - Consulta de Enfermagem pré-natal: A qualidade centrada na satisfação da cliente. *Cuidado Fund*. Vol. 9, nº 1/2, 2005, pp. 93-97.
- LISSAUER, T.; GRAHAM, C. - *Manual Ilustrado de Pediatria*. 2ª Edição. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- LOPES, A. [et al.] - Reflectindo sobre o Projecto Profissional e o Plano de Acção. *Revista Nursing*. Vol. 131, 1999, pp. 27-29.
- LOWDERMILK, D.; PERRY, S. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008.
- MAMEDE, F. [et al.]. - A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Revista de enfermagem latino-americana*. Vol. 15, nº 6 Novembro-Dezembro de 2007.
- MAN-LUNG LAI., [et al.]. - Effects of Delayed Pushing During the Secnd Stage of Labor on Postpartum Fatigue and Birth Outcomes in Nulliparous Women. *Journal of Nursing Research*. Vol. 17, nº 1, 2009.
- MANUEL, R.; MARTENS, P. J.; WALKER, M. - *Manual prático para consultores de latação*. 2ª Edição. Loures: Lusociencia, 2011.
- MARCELINO, T.; LANUEZ, F. – Abordagem fisioterapêutica na massagem perineal no pré- parto. *ConScientia e Saúde*. Vol. 2(2), nº 8, 2009, pp.. 339-344.
- MARTINS, P. P. - Portal de Saúde ALERT. Plano de Parto. *www.humpar.org*. [Online] A Humpar - Associação Portuguesa pela Humanização do Parto, 2010. <http://www.alert-online.com/pt/magazine/cada-vez-mais-mulheres-querem-parto-humanizado>.
- MATIAS, A.; TIAGO P.; MONTENEGRO N. - Cálculo da idade gestacional: métodos e problemas. [ed.] Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do

Hospital de S. João. Faculdade de Medicina do Porto. *Acta Médica Portuguesa*. Vol.15, 2002, pp. 17-21.

- MATOS, T. A. [et al.] - Contato pele-a-pele precoce mãe-filho: significado para as mães e contribuições da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 63, nº 6, 2010.
- MAZZALI, L.; GONÇALVES, R. - A análise do tratamento fisioterapêutico na diminuição da dor durante o trabalho de parto normal. *Ensaio e ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde*. Vol. XII, nº 1, 2008.
- MCDONALD, G. - Diagnosing the latent phase of labour: use of the partograma. *British Journal of Midwifery*. Vol. 18, nº 10, 2010.
- MELO, N. R.; FILHO, A. S. P. (Ed). - *Anticoncepção: manual de orientação*. FEBRASCO, 1997.
- MENDES, I. M. - *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Universidade do Porto, 2007. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- MENDES, M. L. - *Curso de Obstetrícia*. 1ª Edição. Coimbra: Centro Cultural da Maternidade dos HUC, 1991.
- MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C; GALVÃO, C. M - Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. Vol. 17, nº 4, Out-Dez de 2008, pp. 758-764.
- MOUTA, [et al.] - Relação entre a posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Revista de Enfermagem do Rio de Janeiro*. 4.Outubro/Dezembro, Vol. 16, 2008, pp. 472-476,
- NADER, S. S.; PEREIRA, D. N. - *Atenção Integral ao Recém-Nascido: guia de supervisão de saúde*. Artmed. 2004.
- NICE – Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. 2nd edition, 2008, Vol. March.

- -. Intrapartum care – care of healthy woman and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. September, 2007.
- -. Routine postnatal care of woman and their babies. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. July, 2006.
- NYLANDER, G. - *Mãe Pela Primeira Vez - Crianças Felizes com o Leite Materno*. Alfragide: Lua de Papel (ASA), 2006.
- OISH, T. - Double-blind comparative study on the care of the neonatal umbilical cord using 80% ethanol with or without clorhexidine. *Jornal of Hospital Infection*. (SI): Elsevie. Vol. 58, 2004, pp. 3437.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Assistência ao parto normal: um guia prático. Organização Mundial de Saúde. Genebra: 1996.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros: Nova Redação conferida pela Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamentos das competências comuns do enfermeiro especialista Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010a.
- -. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010b.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro): Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1998.

- OVERTURF, G.; MARCY, S. - Focal Bacterial Infections. In Remington & Klein eds. *Infectious Disease of the Fetus & Newborn Infant Remington*. Philadelphia: W B Saunders Company, 1995, pp. 935-79.
- OLIVEIRA, S.; ARAÚJO, - Uso da vaselina na prevenção de laceração perineal durante o parto. *Revista Latino Americana Enfermagem de São Paulo*. Vol. 16, nº 3, 2008.
- OLIVEIRA, S.; MIQUILINI, E. - Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*. Vol. 39, nº 3, 2005, pp. 288-295.
- ORLANDI, O.V.; SABRÁ, A. - O Recém-nascido a Termo. In J. R. Filho (Ed.), *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- OXORN, H. - *Trabalho de parto*. 5ª Edição. Brasil: Livraria Roca, 1989
- PERAPOCH J., [et al.]. Umbilical colonization in normal newborns. A comparative study of 4 methods for umbilical antisepsis. *An Esp Pediatr*. Vol.39, 1993;, pp. 195-8.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Volume 1 - Prioridades. Lisboa: Portugal. Ministério da Saúde. [Em linha]. (2004a). [Consultado 16. Jan. 20113]. Disponível em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006756.pdf>.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Volume 2 - Orientações estratégicas. Lisboa: Portugal. Ministério da Saúde. [Em linha]. (2004b). [Consultado. 16. Jan. 2013]. Disponível em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006176.pdf>.
- PATTINSON R. C. [et al.]. - Aggressive or expectant management of labour: a randomised clinical trial. *BJOG*. Vol. 110, nº 5, 2003, pp. 457-61.
- PEREIRA, S. - Ansiedade Associada ao Parto. <http://www.consultorio-psicologia.com>. [Online] 2005, pp. 1
- PEREIRA, A. - *Influência da correção da pega no sucesso do aleitamento materno: resultados de um estudo experimental*. Loures: Lusociência, 2006.

- PEREIRA [et al.] - Influência da correcção da pega no sucesso do Aleitamento Materno: resultados de um estudo experimental. *Revista Referência*. Vol. II.<sup>a</sup> Série, 6, Junho de 2008, pp. 27-38.
- PEZZATI, M. [et al.] - Umbilical cord care: The effect of eight different cord-care regimens on cord separation time and other outcomes. *Biology of the Neonate*. 1, 2002, Vol. 81, pp. 38-44.
- PIRES, E.; CASTILHO, A. – O resgate do parto normal: as contribuições de uma tecnologia apropriada. *Texto & Enfermagem*. Vol. 9, nº 2, 2000, pp. 274-287.
- POLIT D. F.; BECK C. T. - Using research in evidence-based nursing practice. In: POLIT D. F.; BECK C. T. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, 2006, pp. 457-94.
- REZENDE, J. - *Obstetrícia*. 4<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.
- REZENDE, J. - *Obstetrícia*. 6<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 1991.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. - *Obstetrícia Fundamental*. 10<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. - *Obstetrícia Fundamental*. 11<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- RIBEIRO, O. P. [et al.] - Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Revista Millenium*. Vol. 35, 2008, pp. 1-21.
- RICE, J. A. - Sexualidad Posparto y Consejos de Contracepción. In: KNOR E. R.. *Decisiones en Enfermería Obstetrica*. Barcelona: Ediciones Doyma, S.A., 1990.
- ROBERTON, N. R. C. Resuscitation of the newborn. In: RENNIE J. M.; N. R. C. (editors). 3rd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000, pp. 241 - 65.
- RODRIGUES, D. P.; FERNANDES, A. F.; SILVA, R. M.; RODRIGUES, M.S. - O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. *Texto & Contexto de Enfermagem*. Vol. 15, nº 2, 2006, pp. 277-286.



- RUDRA, P. [et al.] - Recent advances in management of pre-eclampsia. *BJMP*. Vol. 43, 2011.
- SAMUEL, M. [et al.]. - Necrotizing fasciitis: a serious complication of omphalitis in neonates. *J Pediatr Surg*. Vol. 29, 1994, pp. 1414-16.
- SANTOS, A. - Contacto pele-a-pele. Poster de carácter informativo. / *Jornadas de Saúde Materna*. 2010.
- SANTOS, E. K. A. - Puerpério normal. In OLIVEIRA, E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org). *Enfermagem obstétrica e neonatológica*. Florianópolis: Cidade Futura. 2ª Edição, 2002.
- SANTOS, L.; BONILHA, A. - Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Vol. 21, nº2, Julho de 2000, , pp. 87-109.
- SANTOS, J.; SHIMO, A. – Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Revista de Enfermagem*. São Paulo, Vol. 4, nº 12, Dezembro, 2008, pp.. 645-50
- SARAIVA, H. - *Aleitamento Materno - Promoção e Manutenção*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010.
- SARDO, D.; LEITE, L.; CÔTO, R. - *Proposta de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. 2007. Aprovado em reunião ordinária da Comissão de especialidade em enfermagem de saúde materna e obstétrica.
- SCARABOTTO L.; RIESCO M. - Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Vol. 40, nº 3, 2006, pp. 389-395.
- SERRA, J. *Gestação de alto risco*. Área Técnica de Saúde da Mulher, Secretária de Políticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- SILVA, F.; OLIVEIRA, S. - *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2007. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

- SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. - Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. Vol. 1, nº 8, 2010, pp. 1026.
- VEHVILAINEN -JULKUNEN, K.; LIUKKONEN, A. - Fathers'experience of chilbrirth. *Midwifery*. Vol. 14, 1998, pp. 10-17.
- VIEIRA, M. - *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda, 2009.
- WALKER, C. - Care of umbilical cord after birth: a limited review of recent literature. *Paediatr Child Health*. Vol. 4, 1999, pp. 105-7.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. - The integrative review: updated methodology. *Journal of Adv Nurs*. Vol. 52, nº 5, Dez de 2005, pp. 546-553.
- WONG, D; WHALEY, L – *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Care of the umbilical cord: a review of the evidence. Genève, WHO, 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Food and Agriculture Organization - Comunicado de imprensa conjunto da OMS/FAO 32: FAO/WHO iniciam um relatório pericial sobre dieta alimentar, nutrição e prevenção de doenças crónicas. OMS, [ed.]. 2003. Genève: s.n., 2003. .
- ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. R. - *Enfermagem Obstétrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1989
- ZUPAN, J.; AAHMNAN, E. - Perinatal mortality for the year 2000: estimates developed by WHO. *World Health Organization*. 2005.
- ZUPAN, J.; GARNER, P. – Topical umbilical cord care at birth. *The Cochrane Database of Syst Rev*. 2000.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA**

- AGHAMOHAMMADI, A.; ZAFARII, M.; MOSLEMI, L.. Comparing the Effect of Topical Application of Human Milk and Dry Cord Care on Umbilical Cord Separation Time in Healthy Newborn Infants. *Iranian Journal of Pediatrics*. Vol. 22, nº 2, 2012, , pp. 155-162.
- ALAM, M. A. [et al.]. Newborn umbilical cord and skin care in Sylhet District, Bangladesh: implications for the promotion of umbilical cord cleansing with topical chlorhexidine. *Journal of Perinatology*. Vol. 28, 2008, pp. 61-68.
- COVAS, María del Carmen. [et al.]. Higiene del cordón umbilical con alcohol comparado con secado natural y baño antes de su caída, en recién nacidos de término: ensayo clínico controlado aleatorizado. *Arch Argent Pediatr*. Vol. 109, nº 4, 2011, pp. 305-313 / 305.
- ERENEL, A. S. [et al.]. Comparison of Olive Oil and Dry-Clean Keeping Methods in Umbilical Cord Care as Microbiologica. *Maternal & Child Health Journal*. Vol. 14, 2010,.
- MULLANY, L. C. [et al.]. Topical applications of chlorhexidine to the umbilical cord for prevention of omphalitis and neonatal mortality in southern Nepal: a community-based, cluster-randomised trial. *BMC Pediatrics*. Vol. 367, 18 de March de 2006, pp. 919-918.
- MULLANY, L. C. [et al.]. Impact of 4.0% chlorhexidine cleansing of the umbilical cord on mortality and omphalitis among newborns of Sylhet, Bangladesh: design of a community-based cluster randomized trial. *BMC Pediatrics*. 21 de October de 2009, pp. 1-9.
- SULIMAN, A. K. [et al.]. Triple Dye Plus Rubbing Alcohol Versus Triple Dye Alone for Umbilical Cord Care. *Clinical Pediatrics*. Vol. 49, nº 1, 2010, pp. 45-48.



## **ANEXOS**



**ANEXO I - REGULAMENTOS DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO  
DA ORDEM DOS ENFERMEIROS**







# **REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

**APROVADO POR UNANIMIDADE EM  
ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010**

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de  
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em 11/09/2010

Lisboa, 20 de Outubro de 2010



## **REGULAMENTO**

### **COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

#### **Preâmbulo**

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; 2. Gravidez - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; 3. Parto - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; 5. Climatério - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusico; 6. Ginecologia - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7. Comunidade – assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, aprova a presente proposta de regulamento, a propor ao Conselho Directivo para dar seguimento ao processo regulamentar.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESP \_\_\_\_\_  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

**Artigo 1º  
Objecto**

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

**Artigo 2º  
Âmbito e Finalidade**

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica íntegra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

**Artigo 3º  
Conceitos**

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

**Artigo 4º  
*Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna,  
obstétrica e ginecológica***

1. As competências do enfermeiro especialista e enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são as seguintes:
  - a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
  - b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
  - c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
  - d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
  - e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
  - f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
  - g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I)

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica realizada no dia 11 de Setembro de 2010

A Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
Enf.ª Irene Cerejeira



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

**ANEXO I**

**1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional**

*Descritivo:*

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

<b>Unidades de competência</b>	<b>Critérios de avaliação</b>
H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	H1.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional. H1.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade. H1.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional H1.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional. H1.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional. H1.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização
H1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	H1.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher. H1.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis. H1.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
H1.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis	H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos. H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro. H1.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e/ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos. H1.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos. H1.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

**2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**

*Descritivo:*

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

<b>Unidades de competência</b>	<b>CrITÉrios de avaliaÇão</b>
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal. H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-aborto. H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez. H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade. H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez. H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no �mbito da saúde pr�-natal, facultando informação � grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e interven��es de promoção da saúde mental na viv�ncia da gravidez H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável. H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e interven��es de promoção do aleitamento materno. H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão
H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco. H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários � detecção de gravidez de risco. H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios � gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para �m da sua área de actuação. H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para �m da sua área de actuação. H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto. H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento. H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto. H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para �m da sua área de actuação
H2.3. Providencia cuidados � mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções � mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez. H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções � mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez. H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante. H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida � mulher em situação crítica. H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte. H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções � mulher com complicações pós-aborto. H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento. H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.



## REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

### 3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

#### *Descritivo*

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

<b>Unidades de competência</b>	<b>CrITÉrios de avaliação</b>
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina	H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. H3.1.1. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H3.1.1. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido	H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto. H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto. H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto. H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica. H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina. H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência. H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais. H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto	H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos. H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto. H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina. H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto. H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

**4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o o período pós-natal**

**Descritivo**

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade:

<b>Unidades de competência</b>	<b>Critérios de avaliação</b>
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida. H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido. H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto. H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto. H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal	H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho. H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos. H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno. H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto. H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante. H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido. H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal. H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto. H4.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e/ou concomitante. H4.3.10. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal. H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

**5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério**

*Descritivo*

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.:

<b>Unidades de competência</b>	<b>Crítérios de avaliação</b>
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa	H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério. H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa. H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério. H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério	H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério. H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa	H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos. H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante ao climatério. H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério., incluindo conviventes significativos. H5.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.

**6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica**

*Descritivo*

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

<b>Unidades de competência</b>	<b>Crítérios de avaliação</b>
H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher	H6.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. H6.1.2. Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica. H6.1.3. Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama	H6.2.1. Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.2.2. Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H6.2.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.2.4. Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama
H6.3. Providencia cuidados à mulher com afecções do	H6.3.1. Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.





## REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação	H6.3.2. Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.
---	---

### 7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

#### *Descritivo*

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população:

<b>Unidades de competência</b>	<b>CrITÉRIOS de avaliação</b>
H7.1. Promove a saúde do grupo alvo	H7.1.1. Identifica infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. H7.1.2. Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. H7.1.3. Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. H7.1.4. Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. H7.1.5. Identifica as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico. H7.1.6. Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. H7.1.7. Advoga e promove estratégias de "empowerment" para as mulheres em idade fértil. H7.1.8. Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva	H7.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. H7.2.2. Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. H7.2.3. Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. H7.2.4. Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. H7.2.5. Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal	H7.3.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de minimizar as causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal. H7.3.2. Cooperar com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

## **ANEXO II - PARTOS REALIZADOS E PARTICIPADOS NO ESTÁGIO**



Data	Parturientes		Partos Executados		Partos Participados	
	Risco	Normais	Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Cefálicos
08.01.2012		X		X		
10.01.2012		X		X		
10.01.2012		X				X
18.01.2012		X	X			
21.01.2012		X				X
23.01.2012		X		X		
23.01.2012		X	X			
07.02.2012		X	X			
09.02.2012		X		X		
12.02.2012		X	X			
14.02.2012	X		X			
16.02.2012		X				X
19.02.2012		X				X
25.02.2012		X	X			
25.02.2012	X		X			
02.03.2012		X				X
03.03.2012		X				X
04.03.2012		X	X			
13.03.2012	X		X			
13.03.2012		X		X		
13.03.2012		X				X
15.03.2012		X	X			
15.03.2012		X	X			
16.03.2012		X				X
17.03.2012	X					X
18.03.2012	X		X			
18.03.2012		X				X
20.03.2012	X			X		
21.03.2012	X					X
23.03.2012		X	X			
23.03.2012		X	X			
23.03.2012		X		X		
25.03.2012		X	X			
26.03.2012		X		X		
26.03.2012	X					X
26.03.2012		X		X		
28.03.2012		X				X
28.03.2012		X		X		
28.03.2012		X	X			
30.03.2012		X	X			
31.03.2012	X		X			
31.03.2012		X		X		
04.04.2012	X		X			
04.04.2012		X	X			
14.04.2012		X		X		
14.04.2012		X		X		
14.04.2012		X		X		
15.04.2012		X		X		
17.04.2012		x				
17.04.2012		X		X		
17.04.2012		X				X

20.04.2012		X		X		
21.04.2012		X		X		
26.04.2012		X		X		
27.04.2012		X	X			
16.07.2012		X	X			
17.07.2012		X				X
20.07.2012		X	X			
20.07.2012		X				X
21.07.2012	X					X
22.07.2012		X	X			
24.07.2012		X		X		
24.07.2012		X				X
25.07.2012		X		X		
26.07.2012		X				X
27.07.2012	X					X
27.07.2012	X					X
30.07.2012		X		X		
31.07.2012		X				X
31.07.2012		X		X		
31.07.2012		X	X			
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>58</b>	<b>25</b>	<b>23</b>		<b>22</b>